# Терапия принятия и ответственности для ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

## РУКОВОДСТВО ПСИХОТЕРАПЕВТА

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ С ПОМОЩЬЮ:**

- принятия
- разделения
- контакта с текущим моментом
- *Я* как контекста
- системы ценностей
- ответственных действий

**РОБЕРТ Д. ЗЕТТЛ, д-р философии**

# Терапия принятия и ответственности для ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

## РУКОВОДСТВО ПСИХОТЕРАПЕВТА

# ACT FOR DEPRESSION

A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression

ROBERT D. ZETTLE, PH.D.

# Терапия принятия и ответственности для ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

## РУКОВОДСТВО ПСИХОТЕРАПЕВТА

**РОБЕРТ Д. ЗЕТТЛ, д-р философии**

Київ
Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
2021

УДК 615.851(063)-008.64
З-58

Перевод с английского и редакция *О.Л. Пелявского*

Научный консультант канд. психол. наук *О.В. Гусева*

**Зеттл**, Р.

З-58 Терапия принятия и ответственности для лечения депрессии. Руководство психотерапевта/Роберт Зеттл; пер. с англ. О.Л. Пелявского. — Киев. : "Диалектика", 2021. — 528 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-7987-34-4 (укр.)
ISBN 978-1-60882-126-6 (англ.)

В книге описан сравнительно новый способ лечения депрессии — терапия принятия и ответственности (ACT). Программа, описанная в книге и подтверждаемая результатами многочисленных исследований, знакомит с моделью ACT как на теоретическом, так и на практическом уровнях. Книга, написанная одним из первых исследователей эффективности ACT при лечении депрессии, станет ценным ресурсом для работы с клиентами, страдающими депрессией.

**УДК 615.851(063)-008.64**



ISBN 978-617-7987-34-4 (укр.)
ISBN 978-1-60882-126-6 (англ.)

# Оглавление

# Содержание

Эта книга является ценным вкладом в научную литературу по психологическому лечению депрессии. Изобилующая скрупулезными деталями и замечательными метафорами и содержащая подробное описание процесса терапии, эта книга должна стать обязательным источником информации для всех терапевтов, которые поставили перед собой задачу помогать людям в их нелегкой борьбе с депрессией.

**Марк Уильямс,** профессор клинической психологии
и приглашенный главный научный сотрудник кафедр психиатрии
и экспериментальной психологии Оксфордского университета

Депрессия является едва ли не самым распространенным психическим расстройством из тех, которые встречаются в клинической практике, и любому клиницисту наверняка хотелось бы иметь эту книгу в числе своей настольной научной литературы. Зеттл предлагает хорошо продуманный и понятный подход к лечению клиентов, страдающих депрессией, на основе ACT. Исходя из своей многолетней практики применения модели ACT, Зеттл излагает многочисленные практические выводы, касающиеся управления процессом терапии, а для освещения ключевых моментов применяемого им метода использует краткие примеры из собственной практики. Во второй части этой книги описывается протокол ACT, сессия за сессией. Это описание будет чрезвычайно полезным источником информации для клиницистов, работающих в данной области.

**Кирк Штросаль,** д-р философии, соавтор книг
*Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach
to Behavior Change* и *A Practical Guide to Acceptance
and Commitment Therapy*

Эта профессиональная книга является первой из книг в данной области, в которой описаны концептуальные истоки, эмпирические основы и практическое применение терапии принятия и ответственности (ACT) для лечения униполярной депрессии. Автор — в четкой и доступной манере — описывает специалистам по психическому здоровью и студентам, обучающимся в этой области, основы стратегического применения ACT как вспомогательного или альтернативного подхода к существующим методам лечения депрессии. Читатели этой книги узнают, как интегрировать и использовать стратегии принятия и осознанности со стратегиями ответственности и изменения поведения, чтобы помочь депрессивным клиентам повысить качество своей жизни, а не просто

чувствовать себя лучше. Эта книга включает ряд хорошо продуманных примеров, клинических диалогов и практических упражнений, а также описание пошаговой интеграции данного материала в протокол, предусматривающий проведение двенадцати сессий. Эта книга представляет собой чрезвычайно полезный клинический ресурс для специалистов, которые помогают вернуть к нормальной, полноценной жизни тех, кто впал в глубокую депрессию и пытается преодолеть это состояние.

**Джон П. Форсайт,** д-р философии, доцент кафедры психологии и руководитель программы исследований тревожных расстройств, Университет штата Нью-Йорк в Олбани; автор книг *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders* и *ACT on Life Not on Anger*

Эта книга предлагает своим читателям исчерпывающее объяснение возможности применения ACT для лечения депрессии. Изложение доктором Зеттлом фундаментальных принципов и процессов ACT является настолько понятным и всеохватывающим, что читатели почти наверняка сделают для себя выводы о возможности применения их к лечению многих других форм человеческого страдания, а не только депрессии. Настоятельно рекомендую эту книгу всем специалистам по психическому здоровью.

**Хэнк Робб,** д-р философии, Американский совет профессиональной психологии, бывший президент Американского совета консультативной психологии и член учредительного совета SMART Recovery

Я с энтузиазмом встретил сообщение о выходе книги доктора Зеттла *Терапия принятия и ответственности для лечения депрессии. Руководство психотерапевта*. Эта хорошо написанная и исчерпывающая книга по ACT является ценным дополнением к уже имеющемуся массиву литературы по ACT. Рассматривая возможность лечения одного из наиболее часто встречающихся в клинической практике психических расстройств, автор этой книги подробно рассматривает эффективный способ лечения, который вызовет интерес у практикующих клиницистов, обладающих опытом применения как поведенческих, так и неповеденческих методов лечения.

**Р. Трент Кодд, III,** специалист в области педагогики, сертифицированный консультант, сертифицированный специалист по клиническим зависимостям, президент Центра когнитивно-поведенческой терапии Западной Северной Каролина в Эшвилле

Будучи свидетелем рождения АСТ примерно тридцать лет тому назад, Зеттл с такой легкостью и четкостью излагает базовые принципы АСТ, с какой может излагать их лишь опытный исследователь и клиницист. Логическое обоснование техники применения АСТ для лечения депрессии выглядит весьма эффективно и убедительно, что позиционирует Зеттла как истинного эксперта по депрессии, а также клинициста высочайшей квалификации. В этой книге содержится четкое и краткое изложение применения АСТ для лечения депрессии с точки зрения коренных процессов, что дает возможность клиницистам применять АСТ гибко и функционально. Книга Зеттла может также служить посессионным руководством, которым особенно удобно пользоваться, когда главным для клинициста является структурированность материала и возможность получения практических рекомендаций. Эта книга обладает той важной особенностью, что ее читателям не приходится жертвовать философской и теоретической сложностью данного подхода во имя простоты и понятности изложения. Я рекомендую ее начинающим, а также опытным АСТ-клиницистам; кроме того, она будет полезна другим клиницистам и студентам-клиницистам, желающим пополнить свой клинический арсенал техниками принятия и ответственности.

**Джонатан У. Кантер,** д-р философии, доцент кафедры психологии,
директор специализированной клиники лечения депрессии
и координатор университетской психологической клиники,
Университет Висконсина-Милуоки

*Моему отцу, Джону А. Зеттлу (1918–2002),*
*который ушел из жизни, когда наш мир стал несколько лучше,*
*чем он был в тот момент, когда мой отец пришел в него.*

# Дорогой читатель!

Предлагаем вам ознакомиться с краткой информацией о книгах, выпускаемых издательством New Harbinger Publications. Это издательство специализируется на публикации книг, посвященных терапии принятия и ответственности (ACT) и ее применению в конкретных областях. New Harbinger Publications пользуется высокой репутацией как издатель качественной научной литературы, которая предназначена главным образом для специалистов, но может представлять интерес и для широкого круга читателей.

Нередко приходится слышать, что депрессия в психопатологии является неким аналогом обычной простуды, чем подчеркивается необычайно широкая распространенность этого психического расстройства. Впрочем, в том что касается степени разрушительного воздействия на состояние человека, обычная простуда не идет ни в какое сравнение с депрессией. Очевидно, что обычная простуда не приводит к утрате отношений с другими людьми, к неудовлетворительному социальному функционированию и уж тем более к самоубийству. Депрессия же может приводить и к первому, и ко второму, и к третьему, а также ко многим другим чрезвычайно неприятным последствиям.

Существуют неплохие, эмпирически подтверждаемые методы лечения депрессии — как психосоциальные, так и фармакологические, — но как быть с тем фактом, что значительное число пациентов не реагирует на существующие методы лечения депрессии, прекращает лечение и с новой силой погружается в пучину депрессии? Существует острая потребность в разработке новых подходов, которые были бы способны приносить лучшие результаты лечения и обеспечивать лучшее понимание природы этого опасного заболевания.

Вы держите в руках книгу, в которой описан весьма перспективный подход к лечению депрессии. Эта книга, *Терапия принятия и ответственности для лечения депрессии. Руководство психотерапевта*, написана Робертом Зеттлом. Послужной список Роберта Зеттла делает его едва ли не идеальной кандидатурой на написание такой книги. Он является

первым студентом Стивена Хейса, получившим степень доктора психологии, первым ученым, который выполнил рандомизированное контролируемое испытание АСТ, а также одним из первых интернов психологии, проходившим обучение у Аарона Бека, “отца” когнитивной терапии. Опытный клиницист и преподаватель с широким кругозором и впечатляющим бекграундом, Роберт Зеттл написал книгу, которая помогает читателю понять практические методы применения модели АСТ к решению столь трудной психологической проблемы, как лечение депрессии.

Опирающаяся на многолетний опыт клинической практики, понятная и новаторская, эта книга дает объяснение психопатологии, обусловливающей депрессию, показывает, как оценить процессы, приводящие к этой психопатологии, и как такая оценка может использоваться для формулирования кейса в случае клиентов, страдающих депрессией. Формулирование кейса — это не просто интеллектуальное упражнение; результаты формулирования кейса увязаны с методами лечения в рамках модели АСТ. Доктор Зеттл показывает, как способствовать укреплению каждого из ключевых позитивных процессов, которые считаются важными для успеха лечения, а затем излагает глубоко продуманный протокол из двенадцати сессий, который рекомендуется широко использовать в исследованиях и на практике. Он также дает четкие рекомендации относительно специальных вопросов, таких как склонность к суициду и коморбидность.

Следуя приверженности издательства New Harbinger к публикации научно и клинически обоснованных материалов, Стивен С. Хейс, Георг Х. Эйферт и Джон Форсайт отслеживают все перспективные книги по АСТ для их возможной публикации в серии “Терапия принятия и ответственности”. Являясь редакторами этой серии, мы составляем обзоры всех книг по АСТ, публикуемых издательством New Harbinger, высказываем свои мнения по поводу предложений, поступающих в издательство, и в случае необходимости даем свои рекомендации, касающиеся содержания, глубины и охвата материала в каждой книге. Мы стремимся гарантировать, что о любом необоснованном утверждении, заведомо не совместимом с принципами АСТ, будет сообщено авторам книги, чтобы они могли пересмотреть соответствующие разделы своей книги и добиться, чтобы они отвечали нашим критериям (см.

ниже) и чтобы весь материал, представленный в книге, соответствовал "истокам" ACT (чтобы другие модели и методы, не имеющие никакого отношения к ACT, не выдавались за ACT).

Книги серии "Терапия принятия и ответственности":

- обладают адекватной базой данных, соответствующей утверждениям, которые делают авторы книги;
- являются теоретически непротиворечивыми — они укладываются в модель ACT и исходные поведенческие принципы (как они сформулированы на момент написания книги);
- ориентируют читателя в направлении нерешенных эмпирических вопросов;
- не пересекаются — без особой к тому необходимости — с уже опубликованными книгами;
- избегают употребления жаргона и необязательного пересечения с патентованными методами (т.е. методами, являющимися чьей-то интеллектуальной собственностью), оставляя работу ACT открытой и доступной;
- всегда сосредоточиваются на том, что полезно и интересно читателю;
- поддерживают дальнейшее развитие данной области знаний;
- подают информацию так, чтобы читатели могли использовать ее на практике.

Эти рекомендации отражают ценности более широкого ACT-сообщества. Все они соблюдены в этой книге. Они гарантируют, что специалисты получат действительно полезную для себя информацию, и это может еще больше повысить нашу способность облегчать человеческие страдания путем вовлечения творчески мыслящих практиков в процесс выработки, применения и уточнения более эффективных методов лечения. Можете рассматривать эту книгу как приглашение к такому сотрудничеству.

*Искренне ваши,* ***Стивен С. Хейс****, д-р философии;*
***Георг Х. Эйферт****, д-р философии;*
*и* ***Джон Форсайт****, д-р философии*

# Об авторе

**Роберт Д. Зеттл, д-р философии,** доцент кафедры психологии Государственного университета Уичито. Он проходил интернатуру, предшествующую получению докторской степени, в Центре когнитивной терапии в Филадельфии, проводил первое сравнительное исследование результатов лечения с помощью того, что сейчас получило название АСТ, в рамках своей будущей диссертации под научным руководством основателя АСТ Стивена Хейса, и на протяжении более чем двадцати лет публиковал результаты фундаментальных и прикладных исследований, касающихся управления с помощью правил, экспериенциального избегания и применения АСТ для лечения депрессии.

# Благодарности

Ряд событий — иногда ожидаемых, иногда неожиданных — привели к написанию этой книги. Эти события начались осенью 1976 г., когда я приступил к осуществлению своей докторской программы по клинической психологии в университете Северной Каролины в Гринсборо. Той осенью новичком на факультете стал и только что принятый на работу адъюнкт-профессор по имени Стивен Хейс. Так уж случилось, что его назначили моим консультантом. Впрочем, Стивен был не только моим консультантом, но и наставником, другом и "отцом в науке". Я стал его первым студентом, получившим степень доктора психологии. Мне хотелось бы особенно поблагодарить Стивена за его вклад в мое становление как ученого. Если бы не он, эта книга вряд ли увидела бы свет.

Мы со Стивеном довольно быстро пришли к выводу о единстве наших мнений по поводу того, что бихевиоризм нуждается в новом взгляде на язык и вербальное поведение. Чтобы изыскать эффективные методы лечения ряда тяжелых психических расстройств, к числу которых относится и депрессия, нам нужно было преодолеть ограниченность теории Скиннера. К тому времени, когда я был готов к проведению диссертационного исследования (в конце 1981 г.), Стивен уже написал черновой вариант руководства по новому методу лечения, известному тогда как "всестороннее дистанцирование". Этот подход, вместо того чтобы рассматривать контент языка, рассматривал контекст языка, или вербальную активность, то есть, он рассматривал как процесс мышления влияет на наши действия и эмоциональные реакции. Моя диссертация, в которой сравнивалось то, что впоследствии получило название ACT, с когнитивной терапией при лечении депрессии, была первым рандомизированным контролируемым испытанием, оценивающим этот новый подход. Эта книга продолжает работу по применению ACT к лечению депрессии, которая была начата более четверти века тому назад.

Помимо Стивена, мне хотелось бы поблагодарить нескольких специалистов, которые, так или иначе, помогали мне при написании этой

книги. К их числу относятся Хэнк Робб, который помог мне найти нужную цитату Джозефа Кэмпбелла (и очень гордится этим); Джейсона Лиллиса и Джейсона Луому, которые любезно разрешили мне включить в свою книгу адаптированную версию их формы начальной концептуализации кейса АСТ; Дж. Т. Блэкледжа и Джозефа Чиарочи за предоставление разрешения включить копию их анкеты личных ценностей; и Келли Уилсон за предоставление мне разрешения включить в свою книгу анкету жизни клиента согласно его ценностям.

Мне хотелось бы выразить свою признательность Государственному университету Уичито за предоставление мне творческого отпуска осенью 2006 г. Это дало мне возможность полностью посвятить свое время написанию этой книги и сосредоточиться на ней, не отвлекаясь на собрания факультетского комитета и т.п. Я также признателен сотрудникам издательства New Harbinger Publications за предложение осуществить этот проект, за их бесценную помощь в подготовке моей книги к публикации, а также за их советы, которые позволили сделать эту книгу более понятной и "читабельной". Моя особая благодарность Кэтрин Саткер, агенту по закупкам, за ее помощь в присмотре за таким малоопытным новичком, как я, в несколько сложном и запутанном, с моей точки зрения, процессе написания книги, а также Хизер Митченер, редакционному директору, и Кэрол Ханичерч, старшему редактору, за их полезные советы в ходе проверки первых черновых вариантов этой книги.

Наконец, я хотел бы также выразить свою признательность всем моим клиентам, которые, пытаясь побороть депрессию, оказывали мне огромное доверие как своему терапевту на протяжении ряда лет. Мне остается лишь надеяться, что им удалось научиться у меня столь же многому, как мне удалось научиться у них.

# От издательства

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также свой обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: `info.dialektika@gmail.com`
WWW: `http://www.dialektika.com`

# ГЛАВА 1

# Почему АСТ применяется для лечения депрессии и в чем уникальность такой терапии

Начнем с хороших и плохих новостей о депрессии. Прежде всего о плохом. Депрессия — широко распространенное явление, и заболеваемость депрессией неуклонно растет. Депрессия, которую нередко рассматривают как некое подобие "обычной простуды" в категории психологических расстройств [*Pilgrim* & *Bentall,* 1999], чаще всего является объектом жалоб людей, страдающих психическими заболеваниями и проходящих амбулаторное лечение [*Mitchell, Pyle,* & *Hatsukami,* 1983]. Хотя полагают, что к 2030 г. заболеваемость ВИЧ/СПИД превысит уровень заболеваемости депрессией, униполярное большое депрессивное расстройство в настоящее время считается ведущей причиной потери дееспособности по всему миру среди лиц в возрасте старше четырех лет [*Murray* & *Lopez,* 1996]. Нынешние коэффициенты распространенности большого депрессивного расстройства в Соединенных Штатах [*Kessler, Chiu, Demler,* & *Walters,* 2005] у женщин примерно в два раза выше, чем у мужчин (21,3% против 12,7%, соответственно), и в течение последних пятидесяти лет неуклонно растут [*Seligman,* 1990]. На протяжении того же отрезка времени средний возраст возникновения депрессии (в настоящее время начиная со второй половины отрочества и заканчивая первой половиной возраста от двадцати до тридцати лет) неуклонно снижается [*Kessler* et al., 2003].

Неудивительно, что поддающиеся исчислению финансовые и человеческие издержки депрессии также растут. Согласно некоторым оценкам, большое депрессивное расстройство обходится американским компаниям в 70 млрд. долл. ежегодно, что выражается в снижении производительности труда лиц, страдающих депрессией, а также в затратах на медицинское обслуживание и сопутствующих расходах [*Tanouye*, 2001]. К тому же, депрессия сказывается на текучести кадров и естественном сокращении численности персонала компаний. Однако финансовые издержки меркнут в сравнении с неисчислимыми человеческими издержками депрессии: потерей человеком энергии и воли к жизни; ухудшением личных, семейных и профессиональных отношений; а также вполне реальной возможной утратой самой жизни, поскольку примерно 15% лиц, у которых диагностировано большое депрессивное расстройство, совершают самоубийство [*Maris, Maltsberger,* & *Yufit,* 1992].

Есть, однако, и хорошие новости. В частности, депрессия оказалась в числе психологических расстройств, наиболее легко поддающихся "лечению". По меньшей мере три психологических подхода к лечению депрессии — когнитивная терапия [*Beck, Rush, Shaw,* & *Emery,* 1979], интерперсональная (межличностная) терапия [*Klerman, Weissman, Rounsaville,* & *Chevron,* 1984], и поведенческая активация [*Jacobson* et al., 1996; *Jacobson, Martell,* & *Dimidjian,* 2001] — рассматриваются как интервенции с "надежным" эмпирическим подтверждением их эффективности, базирующимся на благоприятных результатах исследований [*Chambless* et al., 1996, 1998; *Task Force*, 1995], в процессе которых эти подходы сравнивались с использованием лекарств-антидепрессантов [*Antonuccio, Danton,* & *DeNelsky,* 1995; *Antonuccio, Thomas,* & *Danton,* 1997], альтернативных психологических подходов и/или созданием условий "внимание-плацебо" (при которых клиентам просто предоставляется возможность побеседовать о своей депрессии с терапевтом, проявляющим сочувствие к клиенту). Два других терапевтических подхода, которые исследованы не столь тщательно и в целом построены как когнитивно-поведенческие (по своей сфокусированности) — психообразовательные программы [*Lewinsohn, Hoberman,* & *Clarke,* 1989] и включение компонентов, базирующихся на осознанности (полной сосредоточенности на текущем моменте), в когнитивную

терапию [*Segal, Williams, & Teasdale,* 2002], — также получили эмпирическое подтверждение как способы облегчения депрессии и/или предотвращения ее возобновления.

## Назначение этой книги

В этой книге представлен еще один вариант лечения — терапия принятия и ответственности, или АСТ для лечения разных форм человеческого страдания, в том числе депрессии [*Hayes, Strosahl, & Wilson,* 1999]. Несмотря на то что АСТ, которая разрабатывалась на протяжении последних двадцати – двадцати пяти лет [*Zettle,* 2005], может рассматриваться как некое сочетание связанных между собой техник лечения, я полагаю, что гораздо полезнее было бы рассматривать ее как некий "зонтичный" подход, в котором задействуется широкий спектр терапевтических техник, процедур и упражнений, причем некоторые из них представляют собой уникальные разработки, тогда как остальные были заимствованы из других психотерапевтических подходов и традиций.

Хотя АСТ включает ряд техник, которые обычно не ассоциируются с терапией поведения, ее принято рассматривать как часть интервенций "третьей волны", или "новой волны" в рамках терапии поведения [*Hayes,* 2004]. (Подробнее о трех волнах интервенций см. ниже раздел "Обзор АСТ".) Эта третья волна также включает когнитивную терапию на основе осознания (КТНОО), а также сопутствующие подходы, такие как диалектическая поведенческая терапия [*Linehan,* 1993a], функциональная аналитическая психотерапия [*Kohlenberg* & *Tsai,* 1991], и интегративная поведенческая терапия супружеских пар [*Jacobson* & *Christensen*, 1996]. Прежде чем перейти к обзору АСТ и обсуждению отличий АСТ от других когнитивно-поведенческих подходов к лечению депрессии, я хотел бы предложить несколько комментариев относительно предполагаемого круга читателей этой книги и ее назначения.

Эта книга предназначена в первую очередь для специалистов по психическому здоровью, которым хотелось бы ознакомиться подробнее с АСТ; в частности, она предназначена для тех консультантов и терапевтов, специализирующихся на лечении униполярной депрессии,

которые хотели бы расширить свою клиническую практику, включив в нее ACT. Я также надеюсь, что эта книга окажется полезной — хотя и в меньшей степени — обычным читателям, которые на собственном опыте познали все "прелести" депрессии. Этой категории читателей будет особенно полезно дополнить данную книгу книгой Хейса и Смита, опубликованной в 2005 г., которая также базируется на принципах ACT и является своего рода "самоучителем". Хотя ранее уже публиковался обзор краткого курса ACT для лечения депрессии [*Zettle* & *Hayes,* 2002], а также советы по его практической реализации [*Zettle,* 2004], в этой книге впервые сочетается концептуальное объяснение сходств и различий между ACT для лечения депрессии и другими эмпирически подтверждаемыми когнитивно-поведенческими подходами к лечению депрессии (такими, как когнитивная терапия, поведенческая активация и КТНОО) с более обширной детализацией отличий фактического применения и реализации ACT от указанных подходов. Я преследовал двойную цель, стремясь рассказать не только о принципах использования ACT для лечения депрессии, но и о том, как применять ACT на практике. Сосредоточиваясь в большей степени на том, как реализовать ACT, я намеревался сделать эту книгу скорее дополнением к своим предыдущим публикациям о применении ACT для лечения депрессии, а не заменой этих публикаций. Поскольку эта книга полностью сфокусирована на лечении депрессии, она не может рассматриваться как замена моей первоначальной книге, посвященной ACT [*Hayes* et al., 1999], в которой философским и теоретическим основам данного подхода уделяется гораздо больше внимания, чем в настоящей книге.

## *Метод концептуализации кейса*

Те из моих читателей, кто знаком с работой Г. Эйферта и Дж. Форсайта [*Eifert* & *Forsyth,* 2005] по применению ACT для лечения тревожных расстройств, заметят значительное "пересечение" с этой книгой, особенно в первых двух главах, где представлен обзор ACT и ее руководящие принципы. Однако манера, в которой были организованы

и структурированы практические указания в этих двух книгах, существенно различается. Это вовсе не означает, что какой-то из этих двух подходов в каком бы то ни было смысле лучше, чем другой. Как вы убедитесь сами, сверхзадача ACT заключается в том, чтобы повысить *психологическую гибкость* человека, или его способность свободно выбирать разные способы ведения полнокровной и полноценной жизни, причем это относится к поведению тех из нас, кто практикует применение этого метода (т.е. терапевтов), а также к поведению наших клиентов. Таким образом, вас не должно удивлять, что, преследуя эту цель, мы можем выбирать разные способы эффективного осуществления ACT. Происходит ли это в действительности, является эмпирическим вопросом, который до сих пор остается неисследованным. В данном случае моя рекомендация, заключающаяся в том, что ACT должна применяться гибко и скорее нелинейным, чем последовательным способом, основывается в большей степени на личных предпочтениях, ценностях и сопутствующих философских воззрениях, чем на строго научных выводах.

Многие из практических рекомендаций, предложенных Эйфертом и Форсайтом (2005) в отношении применения ACT для лечения тревожных расстройств, реализуются в ходе определенной последовательности сессий. Напротив, практические рекомендации, предлагаемые в настоящей книге, организованы более концептуально, на основе шести коренных процессов (так называемый "гексафлекс", или шестиугольник), которые составляют определенную модель психопатологии в соответствии с ACT [*Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig,* & *Wilson,* 2004], и соответствующих терапевтических стратегий, ориентированных на эти процессы [*Strosahl, Hayes, Wilson,* & *Gifford,* 2004]. В то время как прототипичная последовательность того, как техники и компоненты ACT могут применяться при лечении депрессии, будет представлена только в главе 9, для управления процессами выбора и практической реализации соответствующих методов и стратегий лечения мы сначала представим *метод концептуализации кейса*, который связан с тем, как коренные патогенные процессы могут тем или иным способом влиять на развитие депрессии у каждого клиента [*Hayes, Strosahl, Luoma, Smith,* & *Wilson,* 2004].

## *Круг вопросов, охватываемых этой книгой*

Следует указать, что круг вопросов, охватываемых этой книгой, ограничивается применением принципов и техник ACT к концептуализации, оцениванию и лечению униполярной депрессии. В частности, мы не распространяем ACT на лечение депрессивных эпизодов в рамках случаев биполярного расстройства по меньшей мере в силу двух причин. Во-первых, квалификацию в осуществлении ACT гораздо легче приобрести практическим путем, чем путем чтения книг о том, как это нужно делать, но я не располагаю клиническим опытом применения ACT к лечению депрессивных эпизодов в случаях биполярного расстройства. Во-вторых, на данный момент отсутствуют публикации, посвященные лечению биполярной депрессии посредством ACT.

Строго говоря, было бы более целесообразным рассматривать главную задачу этой книги как описание применения ACT в работе с клиентами, страдающими униполярной депрессией, а не как руководство по "лечению" депрессии посредством ACT. Как будет показано ниже, задача ACT заключается не столько в том, чтобы излечить депрессию, т.е. избавить человека, страдающего депрессией, от ее проявлений, сколько в том, чтобы в достаточной мере освободить клиента от необходимости вести борьбу с депрессией и предоставить ему возможность начать вести полноценную и полнокровную жизнь даже при наличии депрессии. Исследования показывают, что, когда этого удается добиться, уровни депрессии снижаются [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989], хотя главной терапевтической целью ACT является не ослабление симптомов, а повышение психологической гибкости, которая позволяет клиенту вести более полноценную жизнь.

Поскольку при депрессии наблюдаются высокие коэффициенты коморбидности с другими психологическими проблемами, особенно с тревожными расстройствами [*Mineka, Watson,* & *Clark,* 1998], клиенты, которые желают излечиться от депрессии, нередко жалуются на наличие у себя других психологических проблем, которые также можно решить путем применения трансдиагностического подхода, например такого, как ACT, который ориентирован на типичные процессы, которые могут обусловливать формы человеческого страдания, возникающие при наличии

у клиента разных психологических проблем. Отношение к депрессии или любой другой проблеме у живого существа как к "тому, что подлежит излечению" граничит с вульгаризацией и прямо противоположно подходу АСТ, который рассматривает любое психологическое событие как динамическое, происходящее здесь и сейчас "действие в контексте". Кроме того, отношение к депрессии как некой сущности может способствовать слиянию клиента с поврежденным концептуализированным *Я* (например, "Я *болен* депрессией"). К тому же, такое отношение к депрессии способствует укреплению структурно-топографического (в отличие от функционального) подхода, который нашел свое воплощение в современной диагностической системе DSM [*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), American Psychiatric Association, 1994], проистекающие из которой высокие коэффициенты коморбидности являются очевидным артефактом [*Achenbach*, 1990–1991]. Однако, чтобы не входить в противоречие с синдромным подходом DSM, книги, подобные этой, другая научная литература и психиатрические базы данных должны быть организованы на основе диагностических категорий. Поэтому мне, несмотря на мои личные сомнения и несогласие, приходится довольно часто использовать фразу "лечение депрессии".

## Обзор АСТ

В рамках более широкого исторического контекста, как я уже упоминал выше, АСТ можно рассматривать как одну из составляющих "третьей волны", или поколения когнитивно-поведенческих терапий. Здесь я привожу лишь краткий обзор изменений в поведенческой терапии, происходящих от поколения к поколению. Более подробное рассмотрение этих вопросов можно найти в книге Хейса [*Hayes*, 2004].

### *Первая волна поведенческой терапии*

Первое поколение поведенческой терапии, которое возникло еще в 20-е годы прошлого столетия [*Jones*, 1924], пыталось изменить проблематичное поведение клиентов, применяя базовые принципы классической/респондентной выработки условных рефлексов а-ля Павлов

(например, [*Wolpe*, 1958]) и/или инструментальной выработки условных рефлексов, при которой изменение поведения увязывается с усилением последствий (например [*Baer, Wolf, & Risley*, 1968]). Потенциальный вклад, который язык и когниции сыграли в инициации, поддержании, усугублении и ослаблении ненормального поведения (особенно среди интеллектуально развитых взрослых), может признаваться, но вместе с тем может быть в основном проигнорирован, если проблемы, подлежащие излечению, были либо концептуализированы как условные рефлексы, выработанные классическим путем (например, определенные фобии), либо, если они были выработаны инструментальным путем, проявлялись лицами с задержками в развитии (например, аутизм и/или врожденное слабоумие), которые демонстрировали ограниченные интеллектуальные способности.

## *Вторая волна поведенческой терапии*

После того как первая волна поведенческой терапии достигла своей зрелости и охватила более широкий массив клинических популяций, страдающих более широким кругом проблем, стала совершенно очевидной потребность в том, чтобы как-то инкорпорировать в поведенческую терапию процессы, базирующиеся на использовании языка. В 70-е годы прошлого столетия возникла — как отдельный подход в ответ на этот вызов — когнитивная терапия [*A. T. Beck*, 1976], наряду с сопутствующими усилиями по созданию некоего гибрида когнитивно-поведенческой модификации/терапии путем соединения предположительно когнитивных процессов и техник, таких как использование копинговых самоутверждений (например, “Если я буду справляться со своими делами последовательно, одно за другим, то у меня не возникнет ощущения, что я не в состоянии справиться с ними”), с существующими принципами и стратегиями классического и инструментального формирования условных рефлексов [*Mahoney*, 1974; *Meichenbaum*, 1977].

Несмотря на четкие технические и некоторые концептуальные различия между первой и второй волнами поведенческой терапии, они, тем не менее, преследовали общую цель фокусирования на том, что можно рассматривать как стратегию *изменений первого порядка*, то есть как попытки

изменения формы, частоты и/или содержания проявлений ненормального поведения. Согласно этой повестке первая волна поведенческой терапии делала основной акцент на использовании принципов либо классического, либо инструментального формирования условных рефлексов для непосредственного изменения эмоциональных реакций (что-то наподобие систематической десенсибилизации) или дефицитов (таких, как дефицит навыков повседневной жизни) и эксцессов моторного поведения (например, самоповреждающего поведения или самостимуляции), как в прикладном анализе поведения. Вторая волна, по сути, просто включала когниции либо в форме иррациональных представлений, негативного диалога с самим собой, дисфункциональных установок, приписывания негативного смысла, либо схем как еще одного типа поведения, либо третьего режима ответа; все эти проблемы также можно было успешно решать с помощью техник изменений первого порядка. В частности, процедуры реструктуризации стали предпочтительной стратегией изменения личных представлений о самом себе (таких, как "Я некомпетентен"), которые могли возникать у клиентов, страдающих депрессией.

## *Третья волна поведенческой терапии*

К началу нового тысячелетия нехватка эмпирических данных и философские оговорки относительно второй волны поведенческой терапии привели к возникновению АСТ и других подходов третьего поколения, делающих акцент на повестке *изменений второго порядка,* фокус которой смещается с изменения формы или содержания ненормального поведения на контекст, в котором оно происходит. В частности, к концу 90-х годов прошлого столетия результаты научных исследований, связанных с анализом процессов и компонентов когнитивно-поведенческой терапии, вызвали законные вопросы относительно реальной эффективности подходов второй волны [*Ilardi & Craighead,* 1994], а также подлинной актуальности используемых ими техник когнитивных изменений для обеспечения их терапевтического успеха [*Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson,* 1998; *Jacobson* et al., 1996; *Zettle & Hayes,* 1987]. Кроме того, с философской точки зрения, *контекстуализм* в целом [*Hayes, Hayes, Reese, & Sarbin,* 1993], а также, более конкретно,

*функциональный контекстуализм* [*Biglan* & *Hayes,* 1996; *Hayes, Hayes,* & *Reese,* 1988] одновременно начали получать все большее признание и использоваться в качестве альтернативы механистическому взгляду на мир, на котором основывались первая и вторая волны поведенческой терапии. [Контекстуализм — это представление о том, что ненормальное поведение можно лучше всего уяснить в рамках ситуационного и исторического фона, на котором оно наблюдается. Функциональный контекстуализм делает упор на прагматических целях влияния на изменение поведения.]. В отличие от функционального контекстуализма, механистический взгляд на мир в большей степени озабочен способностью предсказывать ненормальное поведение на основе психологических моделей и теорий такого поведения, чем способами эффективного предотвращения и/или изменения его [*Hayes* & *Brownstein,* 1986].

## *АСТ и изменения второго порядка*

Общей чертой, которая объединяет АСТ с другими поведенческими терапевтическими интервенциями третьего поколения, является их совместный акцент на контекстуалистском подходе второго порядка к терапевтическим изменениям (правда, этот вопрос еще остается открытым для дискуссии). В частности, цель контекстуалистских подходов, когда они применяются для лечения депрессии, заключается не в том, чтобы изменить дисфункциональные представления клиента (например, "Я все делаю не так, как надо") путем изменения их содержания или формы (например, "Кое-что мне все-таки удается сделать правильно») в результате применения дискуссионных и/или когнитивных стратегий реструктуризации. [Правда, существует немало фактов, свидетельствующих о том, что клиентов, убежденных в правильности их собственных депрессивных мыслей, можно разубедить с помощью АСТ [*Zettle* & *Hayes,* 1986].] Цель АСТ заключается не в том, чтобы побудить клиента к изменениям во внешнем поведении (например, больше времени уделять занятиям, доставляющим клиенту удовольствие) с целью регулирования настроения и/или реструктуризации способов мышления, хотя АСТ, конечно же, активно поддерживает поведенческие изменения, которые подталкивают клиента в сторону ведения более полноценной жизни. Вместо того,

чтобы ставить целью изменение формы или частоты проявления определенных психологических компонентов депрессии, ACT реализует повестку изменений второго порядка, достигаемых в результате модификации функций, которые они выполняют, путем выхода за пределы "системы", в которой они обычно осуществляются. С этой точки зрения "проблема" с депрессией заключается не столько в самом по себе подавленном настроении или депрессивных мыслях, сколько в контекстах, которые связывают такие личные события в общую картину неполноценной и ущербной жизни. Если, например, есть возможность ослабить систему контекстов, которые поддерживают депрессивные мысли, чувства и прочие личные события как причины внешнего поведения, то может оказаться необходимым изменить их таким образом, чтобы человек, страдающий депрессией, избавился от своих депрессивных мыслей, чувств и личных событий и изменил свою жизнь к лучшему. Например, клиент может заявлять, что мог бы изменить свою жизнь к лучшему (например, поменять профессию или вернуться к учебе), если бы стал более уверенным в себе. Вместо того, чтобы пытаться вселить в клиента уверенность в себе, терапевт, практикующий ACT, подвергает сомнению полезность этой формулировки, например, задаваясь вопросом, может ли клиент внести предполагаемые изменения в свою жизнь, испытывая *при этом* недостаточную уверенность в своих силах, которая потребовалась бы для осуществления таких изменений. Коротко говоря, ACT обеспечивает реальную возможность трансформировать функции, выполняемые личными событиями (такими, как печаль и пессимистические мысли), путем изменения более широкого контекста, в рамках которого возникает депрессия. К сожалению, как будет показано ниже, многие из контекстуальных факторов, подлежащих изменению, являются по своей природе и повсеместными, и социально-вербальными благодаря функциональным свойствам человеческого языка и когнициям.

## Теория реляционных фреймов и ACT

Несомненно, ACT не является единственным подходом к поведенческой терапии, утверждающим, что для повышения нашей способности приносить пользу клиентам нам нужно лучше уяснить роли, которые

играют когнитивные процессы и язык в человеческом страдании и его облегчении. Как уже указывалось, признание наличия такого ограничения послужило стимулом для развития когнитивной терапии и связанных с ней интервенций второй волны. Что, однако, обосабливает АСТ не только от когнитивной терапии, но и от других подходов третьей волны, так это ее связь с теорией реляционных фреймов (ТРФ; [*Hayes, Barnes-Holmes,* & *Roche,* 2001]). ТРФ рассматривает человеческий язык и когниции с точки зрения функционального контекстуализма и делает акцент на ситуационных факторах, в которых развивается мышление, а также на том, как можно было бы изменить влияние, которое оно оказывает на другие области психологического функционирования.

Рамки и назначение этой книги позволяют мне сделать лишь небольшой исторический обзор и дать краткое описание ТРФ, а также предложить несколько примеров применения этой теории к депрессии. Если вам хотелось бы более подробно ознакомиться с этой теорией, обратитесь к тексту, опубликованному Хейсом и др. [*Hayes* et al., 2001], а также к той главе в книге Уилсона, Хейса, Грегга и Зеттла [*Wilson, Hayes, Gregg,* & *Zettle,* 2001], где описано применение этой теории к клиническим психологическим вопросам. В значительной степени ТРФ возникла как реакция на некоторые недостатки первоначальных шагов Скиннера [*Skinner,* 1957] по обеспечению контекстуалистского описания вербального поведения. Возможно, самым главным из всего этого было преобладающее внимание Скиннера к человеческому языку с точки зрения говорящего. Относительно мало внимания он уделил выслушиванию и, более конкретно, анализу ситуации, когда разговор и выслушивание происходят в "одной и той же оболочке" (имеется в виду разговор с самим собой или мышление). Хотя книга Скиннера была опубликована в период возникновения первой волны поведенческой терапии, нет ничего удивительного (если судить из нынешнего времени) в том, что его описание вербального поведения практически никак не сказалось на первой волне поведенческой терапии.

Когнитивные модели и теории депрессии и других расстройств [*A. T. Beck,* 1976; *Beck* & *Emery,* 1985], которые сопутствовали второму поколению когнитивно-поведенческих терапий и поддерживали его,

пытались более адекватно отразить роль мышления в человеческой психопатологии. Однако, как уже указывалось, такие описания — в силу как эмпирических, так и философских причин — в конечном счете также рассматривались как пожелания. Возможно, один полезный способ представления об ТРФ заключается в том, что эта теория является попыткой преодолеть ограничения как скиннеровского, так и бековского подходов к человеческому языку и когнициям, в то же время поддерживая их соответствующие сильные стороны. В частности, охват и глубина основанных на когнициях/языке явлений и процессов, которые стремится учитывать ТРФ, включают и те, которые описываются моделями, созданными в поддержку когнитивной терапии, но, подобно подходу Скиннера к вербальному поведению, ТРФ делает это с контекстуалистской, а не механистической точки зрения [*Pepper,* 1942]. Возможно, самое важное, как будет показано ниже, заключается в том, что использование языка или реляционного фрейминга концептуализируется подобно любому инструментальному поведению, подвергающемуся влиянию контекстов, в которых оно наблюдается и формируется. Это контрастирует с механистическими описаниями, которые обычно приписывают развитие языка некоему механизму овладения языком [*Chomsky,* 1965] или другим врожденным ментальным способностям.

## *Природа реляционного фрейминга*

ТРФ фундаментально исходит из того, что человеческий язык и когниции базируются на реляционных фреймах. Хотя лично я предпочитаю отглагольную форму этого термина — “реляционный фрейминг”, чтобы подчеркнуть, что поведение обсуждается в данный момент, для большего удобства я буду все же пользоваться общепринятой формой — *реляционный фрейм.* Реляционный фрейм можно представлять себе как реагирование на стимулы, которое базируется на произвольных связях (отношениях, реляциях) между ними. Например, нет никакой естественной связи между произнесением слова *ball* (“мяч”) и наличием где-нибудь поблизости определенных объектов сферической формы. Скорее, связь между тем и другим должна быть произвольно установлена, но

сама она находится под контекстуальным контролем, поскольку слово *ball* может также использоваться при разговоре об определенном типе развлекательного мероприятия ("бал").

Поведение, задействованное в формировании реляционных фреймов, влечет за собой реагирование на один стимул, базирующееся на его связи с каким-то другим стимулом или стимулами. Например, при научении ребенка концепции "больший" можно составлять разные пары из мячика для гольфа, бейсбольного мяча и баскетбольного мяча, предлагая ребенку указать "больший" объект в каждой из таких пар. После проведения нескольких таких экспериментов, осуществляемых целенаправленно или происходящих более спонтанно и естественно, ребенок учится реагировать "реляционно", исходя из относительных размеров сравниваемых объектов, или "стимулов". Представители животного мира, такие как человекообразные обезьяны, крысы и голуби, также демонстрируют способность такого рода [*Reese*, 1968]. Однако исследования показали, что бессловесные существа (представители животного мира или люди, не обладающие даром речи) способны затем ставить такое реляционное реагирование под произвольный контекстуальный контроль. Например, маленький ребенок, которому показали сначала монетку достоинством в один цент, затем в 5 центов, а затем в 10 центов и попросили указать [большую] монету, может уверенно указать на пятицентовик, если эту монету поместить в паре с одноцентовиком или десятицентовиком. Однако ребенок постарше, которому уже приходилось тратить деньги, реагирует на "величину" монет исходя из их нарицательной стоимости, а не из их физических размеров. То есть, для такого ребенка десятицентовик оказывается "большим" по стоимости, чем пятицентовик и одноцентовик, хотя физический размер десятицентовика (примерно 18 мм) меньше, чем у пятицентовика (примерно 21 мм), и приблизительно такой же, как у одноцентовика (около 19 мм).

Согласно ТРФ, этот тип реляционного реагирования ("больший") сам может рассматриваться как часть более крупного класса функциональных реакций сравнительного фрейминга — то есть, все больше и больше объектов могут сравниваться на основе их размеров, на основе того, что один объект "больше" другого. Проводить реляционное

сравнение можно не только между неодушевленными объектами, но и между людьми. Такое сравнение можно проводить не только по размерам — “Он больше меня”, — но и по другим относительным критериям, например “Я хуже всех”. Такие оценки осуществляются не только в рамках ТРФ — они практически неизбежны при сравнительном фрейминге. Один из вариантов реагирования на такую негативную самооценку — “Я хуже всех” — заключается в том, чтобы взвесить все факты “за” и “против” такого утверждения, как это, например, делается при когнитивной терапии. Альтернативный подход, согласно АСТ, заключается не в том, чтобы подвергнуть сомнению правдивость негативной самооценки, а в том, чтобы просто признать ее тем, чем она является на самом деле (т.е. оценкой), а не тем, чем она кажется нам (объективным, хотя и ошибочным описанием, которое должно быть подвергнуто сомнению и исправлено).

## *Свойства реляционного фрейминга*

Согласно определению, весь реляционный фрейминг демонстрирует три свойства, или черты, которые до сих пор предполагали:

- взаимное следование одного из другого;
- комбинаторное следование;
- трансформацию функций стимула.

Рассмотрим более подробно каждое из этих свойств, поскольку каждое из них может играть определенную роль в депрессии.

### Взаимное следование одного из другого

Первым свойством реляционного фрейминга является *взаимное следование одного из другого*, или *двунаправленность*. Чтобы проиллюстрировать это свойство, вернемся к примеру ребенка, которому показали мячик для гольфа, бейсбольный мяч и баскетбольный мяч. Если в каком-то конкретном контексте (например, находясь во дворе своего дома с мамой и папой) ребенок узнает, что мячик для гольфа имеет что-то общее с бейсбольным мячом, то это должно также “повлечь” какую-то связь между

бейсбольным мячом и мячиком для гольфа. Так, если бейсбольный мяч больше по размеру, чем мячик для гольфа, то мячик для гольфа должен быть меньше бейсбольного мяча. Это является взаимным следованием одного из другого, или двунаправленностью — то есть, связь между мячиком для гольфа и бейсбольным мячом является взаимной и двунаправленной. Обычный тип взаимного следования одного из другого, возникающий при депрессии (и который мы обсудим подробнее в главе 2), является результатом негативных самооценок. Например, утверждение "Я никчемный человек" помещает "Я" и "никчемный" в определенный реляционный фрейм, т.е. в определенную связь друг с другом, такую как "Я" *равняется* "никчемный", а "никчемный" *равняется* "Я".

Присвоение названий представляет собой, наверное, простейший фрейм отношений с названием объекта, участвующего во *фрейме отношений* (или *эквивалентности*) с референтом, или самим объектом (например, "Это книга"). Фрейм отношений является реляционным фреймом, который устанавливает идентичность, или функциональное подобие между двумя стимулами-участниками. Названием объекта является "книга", но это название не является в буквальном смысле тем же, чем является сам объект. Слово "книга" участвует во фрейме отношений с фактической книгой, т.е. объектом с обложкой и страницами — объектом, к которому относится название "книга". Как я указывал выше, особенно психологически разрушительный тип реляционного фрейминга, который возникает при депрессии, включает негативные высказывания, относящиеся к самому себе (например, "Я болван"). С точки зрения ТРФ, можно ожидать, что даже аффективное влияние формулировки, такой как "Я пребываю в депрессии", усилится, т.е. негативно интенсифицируется, из-за наличия *реляционных сетей*, то есть связей между связями, которые способствуют вербальному формированию эмоций.

Как утверждал Скиннер [*Skinner,* 1953, глава 17; 1974, глава 2], использование ряда эмоциональных обозначений и терминов, таких как "подавленность", может обрастать рядом метафорических дополнений. Физическое ощущение "давления", испытываемое при психологической подавленности, может быть подобно ощущению, испытываемому

человеком, когда на него оказывается непосредственное физическое воздействие или давление, словно кто-то другой пытается пригнуть его к земле. Посредством двунаправленности и переноса функций стимулов мысль "Я подавлен" может приносить с собой такие же тяжелые, неприятные ощущения, какие возникают в результате непосильной физической нагрузки. Термин "функции стимулов" — в том смысле, в каком он используется здесь — означает, что какие-то из ощущений "угнетенности", вызываемых словом "депрессивный", переносятся человеком на себя, когда его состояние описывается как "депрессивное".

## Комбинаторное следование

Вторым свойством, или чертой, которая определяет реляционный фрейминг, является комбинаторное следование. Оно, в принципе, означает, что объекты, индивидуально связанные друг с другом ("следующие один из другого"), могут комбинироваться (или сравниваться) новыми способами. Комбинаторное следование иллюстрируется приведенным выше примером с мячиком для гольфа, бейсбольным мячом и баскетбольным мячом. В рамках данного контекста, если вы узнали, что *A* связано определенным образом с *B*, а *B* связано определенным образом с *C*, то — в этом конкретном контексте — *A* также должно быть связано определенным образом с *C*. Вернемся к нашему примеру с мячиком для гольфа, бейсбольным мячом и баскетбольным мячом. Если мячик для гольфа (*A*) меньше бейсбольного мяча (*B*), а бейсбольный мяч меньше баскетбольного мяча (*C*), то мы понимаем, что мячик для гольфа (*A*) также меньше баскетбольного мяча (*C*). Когда мы взглянем на комбинаторное следование при депрессии, то увидим, как клиенты, сравнивающие себя с другими, могут — посредством процесса комбинаторного следования — формировать ущербную самоконцепцию. Например, "Джон живет лучше, чем я", "Мэри живет лучше, чем Джон"; следовательно, "Мэри живет гораздо лучше, чем я".

## Трансформация функций стимула

Третье, и последнее определяющее свойство реляционного фрейминга заключается в том, что оно делает возможной *трансформацию функций*

*стимула.* Соответственно, изменение функции одного из стимулов, который участвует во фрейме координации, приведет к переносу той же функции стимула на другие стимулы в данном фрейме. Вспомните, что присвоение названия является типичной формой координационного фрейминга. Допустим, что у меня появилась сильная боязнь собак средних и крупных размеров после того, как меня покусал соседский ротвейлер. После этого, например, само по себе слово "ротвейлер" способно повергнуть меня в ужас, как если бы я наткнулся на собаку этой породы где-нибудь на улице. Это является наглядным примером трансформации функций стимула. К тому же, поскольку ротвейлеры также могут участвовать во фрейме координации с другими собаками крупных размеров, моя условная эмоциональная реакция может также распространиться на другие породы собак (речь идет не только о столкновении с ними на улице, но об одном лишь упоминании о них): веймаранеров, доберманов, а также немецких овчарок. Аналогично, при депрессии человек может избегать любых напоминаний о какой-либо его личной потере (смерти близкого человека, разводе, и т.п.), бросаясь, например, поскорее выключить радио, когда начинает звучать "наша любимая песня", что предотвратить повторение трансформированной эмоциональной боли. К сожалению, к таким напоминаниям могут также относиться мысли, образы, воспоминания и другие психологические экспириенсы, которые мы не в силах "выключить" и от которых не так-то легко "убежать". Обратите внимание, что такие экспириенсы невозможно объяснить простым обращением к классическому формированию условных рефлексов [*Dougher, Hamilton, Fink,* & *Harrington*]. Когда соответствующая связь была жива и здравствовала, прослушивание "нашей любимой песни", вероятно, вызывало позитивную эмоциональную реакцию. Теперь, когда эта связь прекратила существование, функция стимула данной песни резко трансформировалась в нечто отрицательное и болезненное.

## Цель АСТ: психологическая гибкость

Как указывалось выше, конечная цель АСТ при работе с клиентами, страдающими депрессией, заключается не в том, чтобы избавить их от депрессии. Скорее, она заключается в том, чтобы повысить их

психологическую гибкость, которая, согласно Хейсу, Штросалю, Луома и др. [*Hayes, Strosahl, Luoma*, et al., 2004, p. 60],

> ... предполагает способность отмежевываться от провокативного или эвокативного контента, воспринимать личный опыт именно таким, каков он есть на самом деле, оставаться в контакте с текущим моментом, отличать трансцендентное *Я* от содержания сознания, вступать в контакт с тем, что является для нас подлинными жизненными ценностями, и выстраивать паттерны последовательных действий, направленных на достижение поставленных целей.

## *Коренной процесс, который способствует повышению психологической гибкости*

Ниже перечислены шесть коренных процессов, которые, согласно ACT, способствуют повышению психологической гибкости (гексафлекс, или шестиугольник, показанный на приведенном ниже рисунке).

**Коренные процессы, которые способствуют психологической гибкости**

- *Я* как контекст
- Разделение
- Принятие
- Контакт с текущим моментом
- Ценности
- Ответственные действия

И наоборот, каждый из этих шести коренных позитивных процессов также влечет за собой соответствующий противоположный, патогенный процесс — например, слияние противоположно разделению, экспериенциальное избегание противоположно принятию, и т.д. — который способствует развитию психопатологии, человеческому страданию и другим проявлениям психологической негибкости. Эти две совокупности коренных процессов можно представлять себе в виде конечных точек, расположенных вдоль шести непрерывных измерений. Однако, как будет показано ниже, простое отсутствие какого-либо патогенного процесса, такого как экспериенциальное избегание, еще не гарантирует, что уравновешивающий позитивный процесс (в данном случае принятие) будет действовать в полную силу. В ходе дальнейшего рассмотрения в нашей книге этих двух совокупностей взаимно противоположных процессов мы придем к выводу, что иногда бывает полезно делать упор на позитивных процессах, а в других случаях — на их противоположных, патогенных аналогах. Это объясняется тем, что цель АСТ заключается не только в том, чтобы ослабить процессы, которые способствуют психологической негибкости, но и в том, чтобы усилить процессы, которые способствуют выработке психологической гибкости.

Прежде чем перейти к дальнейшей конкретизации этой шестиугольной модели, следует сделать еще несколько комментариев относительно такой важной цели, как обеспечение психологической гибкости, а также относительно того, как АСТ обеспечивает более глобальный подход к решению этой задачи. Психологическая гибкость/негибкость фундаментально связана с расширением/сужением поведенческого репертуара. Однако поскольку психологическая гибкость — а также ее

антипод (психологическая негибкость) — определяется функционально, она может принимать разные формы. В зависимости от контекста, психологическая гибкость может повлечь за собой выработку и реализацию разных реакций перед лицом конкретной проблемы или препятствия, как это может происходить, например, при "мозговом штурме". Соответственно, когда клиент заходит в тупик, у него бывает полезно спросить: "Есть ли в этом случае какой-то другой способ реагирования на *X*?" Однако бывают другие ситуации, в которых психологическая гибкость должна принимать несколько стереотипную форму упорного попеременного переставления одной ноги впереди другой, что дает возможность человеку двигаться в нужном направлении (показательный пример — написание этой книги).

## Принятие и ответственность как соподчиненные процессы

Само формальное название АСТ — терапия принятия и ответственности — обозначает два соподчиненных процесса, которые вырабатывают психологическую гибкость и включают шесть подчиненных позитивных процессов в рамках соответствующей шестиугольной модели. В соответствии с ТРФ, само по себе такое название подразумевает взаимно противоположные действия, которые человеческий язык может оказывать на психологическую гибкость. Если прибегнуть к метафоре, то человеческий язык, согласно ТРФ, представляет собой обоюдоострый меч, обладающий «темной стороной» и "светлой стороной". Глобальная цель АСТ заключается в минимизации обедняющих жизнь и сужающих "репертуар" воздействий "темной стороны" языка с одновременной максимизацией обогащающих жизнь и расширяющих "репертуар" воздействий его "светлой стороны". Посредством реляционного фрейминга мы, люди, создаем ужасное будущее, которое оказывается еще более депрессивным, чем то, которое обеспечивает нам реальная жизнь здесь и сейчас. Однако посредством языка мы можем также формулировать и претворять в жизнь планы, которые позволяют нам реализовать наши давние надежды и мечты перед лицом всевозможных неблагоприятных обстоятельств, придавая таким образом ценность

и смысл нашей жизни. Мы не можем жить без языка и реляционного фрейминга. Центральная задача, которая решается посредством ACT, заключается в том, как жить полноценной жизнью, *не* пытаясь избавиться от этих неблагоприятных обстоятельств.

*Принятие* является противоположностью целенаправленным усилиям экспериенциального избегания изменить форму или частоту определенных личных опытов — таких, как нежелательные мысли, чувства, ощущения в теле, воспоминания, образы, и тому подобное — или обстоятельств, в которых они возникают. Принятие противодействует саморазрушительным аспектам языка, или его "темной стороне", и включает отказ от целенаправленных, вербально опосредованных усилий, призванных контролировать упадочническое настроение, самоосуждающие мысли, суицидальные побуждения и прочие нежелательные психологические экспириенсы, которые являются характерными атрибутами клинической депрессии. (Термин "принятие", используемый здесь для обозначения соподчиненного процесса, о котором идет речь в названии ACT, отличается от "принятия", как одного из шести позитивных подчиненных процессов, которые представлены шестиугольником и способствуют психологической гибкости. Принятие как соподчиненный процесс включает не только "принятие" как подчиненный процесс, но также позитивные процессы разделения, осознания и *Я* как контекста.)

Напротив, *ответственность* заключает в себе полезные аспекты человеческого языка и предполагает сознательный выбор ценностей и осознанное следование курсом, соответствующим этим личным, вербально формулируемым ценностям и определяемым этими ценностями. Представляя "светлую сторону" человеческого языка, ответственность, как соподчиненный процесс, включает и совершаемые действия, и ценности, которые отражаются упоминавшимся нами шестиугольником. Порядок следования этих двух терминов в ACT, наверное, не случаен. Принятие не является самоцелью; оно помогает человеку нести ответственность за ведение полноценной жизни. Принятие без ответственности является поверхностным достижением, а надежность и устойчивость ответственности невозможны без принятия.

## “Темная сторона” человеческого языка

А теперь рассмотрим подробнее коренные патогенные процессы, которые способствуют депрессии, поддерживая “темную сторону” человеческого языка. То, что в ACT получило коллективное обозначение как “процессы осознания и принятия” [*Hayes, Strosahl, Bunting*, et al., 2004], призвано ослабить пути, которыми человеческий язык способствует поддержанию психологической негибкости. Мы обсудим по очереди каждый из вовлеченных негативных психологических процессов параллельно с противоположными процессами, которые поддерживают психологическую гибкость и которые стремится усилить ACT (эти процессы заключены в круглые скобки).

### *Разделение (в противоположность слиянию)*

Под *разделением* мы подразумеваем доминирование функций стимулов, производных от реляционных фреймов, над поведенческим регулированием, возникающим из контакта с непредвиденными обстоятельствами (например, реагирование на смысл слов, а не на то, как они звучат). Коротко говоря, собственные оценки и прочие вербальные конструкции собственного *Я*, а также окружающий мир смешиваются (или сливаются) с непосредственным опытом до такой степени, что психологическое влияние таких процессов, имеющих языковую основу, затеняет психологическое влияние процессов, имеющих экспериенциальную основу. Наш разум эффективно заглушает наш непосредственный опыт, в результате чего наш опыт отражает не то, с чем мы непосредственно контактируем в настоящий момент, а то, что сформировано нашими словами. Например, я могу реагировать на самооценку “Я болван” так, как если бы это было описанием, основанным на реальных фактах (что-то наподобие утверждения “Я сижу”), а не признанием и простым подтверждением этого лишь как побочного продукта некоего реляционного процесса (то есть, “Я замечаю, что у меня возникла мысль, будто я болван”). Если сформулировать это несколько по-иному, то такая негативная самооценка воспринимается как некая данность и непреложная истина, что оставляет мало места

для психологической гибкости и альтернативных способов реагирования на эту самооценку.

Позитивным коренным процессом, который противостоит слиянию, является разделение. Если дать ему самое широкое определение, то *разделение* расширяет поведенческий репертуар путем реагирования каким-либо альтернативным способом на материал, подвергшийся слиянию.

Те из вас, кто знаком с когнитивной терапией, могут рассматривать слияние как что-то подобное тому, что часто называют "эмоциональными рассуждениями" [*Burns,* 1980, p. 46]. Само по себе наличие какой-либо эмоциональной реакции рассматривается как свидетельство ее истинности (например, "Я наверняка являюсь болваном, потому что чувствую себя болваном"). Однако ACT идет значительно дальше, чем когнитивная терапия, в признании того, что слияние не ограничивается лишь эмоциональными реакциями или настроениями. Оно может также включать вербально доступные мысли, образы, импульсы, воспоминания и другие личные события, а также другие, более крупные вербальные конструкции, такие как приведение доводов и пересказ человеком истории своей жизни. ACT также предполагает — даже применительно к ситуации, когда человек размышляет один на один с собой, — что существуют отличные от когнитивной реструктуризации стратегии, которые могут служить более прямым и эффективным средством разделения.

## *Экспериенциальное избегание (в противоположность принятию)*

Слияние создает условия для экспериенциального избегания. Посредством свойств двунаправленности и трансформации функции стимула реляционного фрейминга одна лишь мысль о некой депрессивной последовательности событий, связанных, например, с утратой любимого человека, может вызвать такое же эмоциональное потрясение, какое вызвала смерть этого человека. Как следствие, мы можем пытаться не только активно подавлять мысли об этой утрате или избегать таких мыслей, но также избегать попадания в ситуации, которые

напоминали бы нам об этом, например пребывания в компании друзей или знакомых, которые могут затронуть эту тему в разговоре. Подчас экспериенциальное избегание бывает весьма полезно, по крайней мере в краткосрочной перспективе. К сожалению, это, как правило, не работает в долгосрочной перспективе; это ограничивает нашу психологическую гибкость, отнимает время и силы, которые мы могли бы отдавать ведению полноценной жизни, и генерирует то, что в ACT принято называть "грязной болью". *Грязная боль,* которую мы будем более подробно обсуждать в главе 2, представляет собой эмоциональный дистресс и дискомфорт, который проистекает из безуспешных попыток контролировать нежелательные психологические экспириенсы. Принятие — не как пассивная терпимость или отстраненность, но как активный, свободно избранный процесс — предлагается в качестве альтернативы экспериенциальному избеганию. Поскольку "принятие" часто интерпретируется клиентами как терпимость или отстраненность, вам будет полезно как можно чаще использовать вместо термина "принятие" термин "готовность". *Готовность* — это не чувство; готовность в нашем случае не является синонимом "желания". Скорее, оно означает акт самостоятельного, активного решения стать участником нежелательных психологических событий, не пытаясь контролировать их.

## *Руминация (в противоположность контакту с текущим моментом)*

Хотя в следующей главе мы будем подробно рассматривать возможную роль, которую руминация играет в поддержании и усугублении депрессии, здесь мне хотелось бы сделать несколько замечаний о ее в целом негативном влиянии, способствующем ограничению психологической гибкости.

Руминация, попросту говоря, означает процесс проживания в вербально сконструированном прошлом и/или будущем (т.е. слияния с этим прошлым и/или будущим), вместо того чтобы функционировать в настоящем — здесь и сейчас. Прошлые трансгрессии, упущенные благоприятные возможности, а также личные недостатки могут постоянно "прокручиваться" и "перемалываться" в сознании человека (например:

“Если бы я лучше относилась к своему мужу, то он, возможно, не бросил бы меня”); в то же время могут бесконечно продумываться способы избежания столь же непривлекательного будущего (например: “Если я смогу понять, как я попал в такую ситуацию, то мне, возможно, удастся найти выход из нее”). В определенном смысле руминация напоминает поиск решения проблемы, но, в отличие поиска решения проблемы, руминация способствует ограничению психологической гибкости и препятствует установлению контакта с текущим моментом. Проблемы, волнующие человека, невозможно решить, поскольку они либо относятся к прошлому, либо еще не случились.

## *Привязанность к ущербному концептуализированному Я (в противоположность Я как контексту)*

Наш собственный язык не только формирует концептуализированное прошлое и будущее, но также формирует и поддерживает ощущение того, кем мы являемся в действительности. К сожалению, в случае депрессии негативные концептуализации относительно себя (например: “Я пребываю в депрессии”, “Я отношусь к категории вечных неудачников”, и т.п.) представляют собой весьма распространенное явление и зачастую прочно укореняются в сознании человека. Когда посредством фреймов координации у нас вырабатывается прочная идентичность с неким концептуализированным *Я* (например: “Я *равняется* некомпетентный” и “Некомпетентный *равняется* Я”), мы можем реагировать на действия других (в том числе терапевтов), а также за пределами непосредственного опыта, который может заронить сомнение в такой формулировке, так, как если бы нападкам подвергалось само наше ощущение физического благополучия. Как предположил Хейс и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 182], если “Я *равняется* концептуализации”, то “устранение концептуализации *равняется* устранению Я”), и даже попытки придумать более позитивную *Я*-концепцию могут наталкиваться на активное сопротивление. Как будет показано ниже, цель АСТ заключается в том, чтобы облегчить разделение клиента с его концептуализированным *Я*, вместо того чтобы напрямую изменять содержание этого

концептуализированного *Я*, пытаясь, например, убедить депрессивного клиента в том, что на самом деле он компетентен, путем использования стратегий ведения обсуждений и/или поведенческих домашних заданий. Кроме того, вырабатывается альтернативное, лишенное контента и трансцендентное ощущение своего *Я* как контекста, чтобы обеспечить неугрожаемую точку зрения, с которой содержание жизни человека, в том числе контент самого концептуализированного *Я*, может рассматриваться в психологически гибкой манере; соответственно, реагирование на концептуализированное *Я* также может быть более психологически гибким.

## "Светлая сторона" человеческого языка

Сейчас мы рассмотрим подробнее два коренных процесса, которые воплощают в себе "светлую сторону" человеческого языка (именно эту сторону АСТ стремится укрепить еще больше). То, что в совокупности рассматривается в АСТ как "процессы изменения ответственности и поведения" [*Hayes, Strosahl, Bunting,* et al., 2004], призвано содействовать тому, как человеческий язык поддерживает психологическую гибкость. Контакт с текущим моментом и *Я* как контекст (мы уже указывали, что то и другое участвует в процессах осознания и принятия) могут также рассматриваться как компоненты соподчиненного процесса изменения ответственности и поведения [*Hayes, Luoma, Bond, Masuda,* & *Lillis,* 2006].

### *Формулирование ценностей*

В АСТ *ценности* определяются как "вербально сконструированные глобальные жизненные значимости" [*Hayes* et al., 1999, p. 206]. Клиенты нередко стремятся излечиться от депрессии, поскольку рассматривают ее как препятствие к реализации своих ценностей. Например, один из клиентов недавно заявил: "Если бы не депрессия, я мог бы стать более примерным дедушкой". Такое заявление отражает тот тип формулирования ценностей, который может помочь в идентификации соответствующих целей и готовности твердо следовать курсом, направленным на реализацию этих ценностей (например, "Есть ли у вас цели, которых

вы можете добиваться прямо сейчас — не ожидая, пока вы избавитесь от депрессии, — но такие, которые продвигали бы вас в направлении реализации ваших ценностей: стать более примерным дедушкой?”). Количество базовых ценностей для каждого клиента может быть довольно ограниченным, но каждую из этих ценностей можно реализовать, преследуя огромное множество целей и повышая таким образом психологическую гибкость. При необходимости можно в течение какого-то времени прилагать активные усилия для выявления ценностей, которые могли оставаться нераспознанными (что, вполне вероятно, отражало бы тот или иной тип эксперименциального избегания), предлагая клиенту сформулировать, какие жизненные ценности он хотел бы отстаивать. Поскольку непосредственные обстоятельства, в которых проявляется поведение человека, зачастую подталкивают его к дисфункциональным поступкам и пассивности (например, длительное пребывание у себя дома в одиночестве, вместо того чтобы пойти вместе с внуками в зоопарк), временное формулирование ценностей может подтолкнуть человека к более функциональным поведенческим изменениям, которые развертываются как часть некоего продолжающегося процесса (например, инвестирование сегодня небольшой суммы денег в будущую оплату обучения внуков в колледже). Коротко говоря, ценности могут функционировать подобно сигнальному огню маяка, выполняя роль не только ориентира, но и средства, освещающего путь движения к цели.

## *Ответственные действия*

После того как будут идентифицированы и прояснены ценности, можно сформулировать правила, которые определяют соответствующие цели и поведение, необходимое для их достижения, и придерживаться этих правил. Изменения во внешнем поведении — при условии, что они связаны с ценностями и направляются ими — играют важную роль в АСТ. Простое изменение поведения как самоцель или средство когнитивной реструктуризации не относится к числу главных приоритетов АСТ. Цели, которые изменяются во времени, выполняют роль связей между ценностями и выбранным направлением действий. Ценности, в отличие от целей, не являются чем-то таким, что можно

получить или приобрести. Затем можно сформулировать планы и другие типы вербальных конструкций, которые продвигают в нужном направлении поведение, служащее достижению поставленных целей. "Быть любящим дедушкой", например, является не целью, а ценностью. Завтрашний поход с внуками в зоопарк и накопление денег на будущую учебу внуков в колледже представляют собой краткосрочную и более долгосрочную цели, соответственно, и продвигают поведение клиента в направлении, соответствующем его ценностям. Психологическая гибкость повышается, поскольку данная ценность и соответствующие цели могут быть увязаны с практически неограниченным количеством конкретных вариантов поведения (например, "Сколькими разными способами вы можете проявить себя как любящий дедушка?").

## Чем обусловливается уникальность ACT

В какой-то степени мы уже ответили на этот вопрос. Еще одним способом подчеркнуть уникальные особенности ACT является сравнение ACT с когнитивной терапией, КТНОО, и поведенческой активацией как альтернативными, широко определяемыми когнитивно-поведенческими подходами к лечению депрессии.

### *Когнитивная терапия*

Когнитивная терапия является единственным, на данный момент, подходом из указанных трех, с относительной эффективностью которой напрямую сравнивалась относительная эффективность ACT.

#### Исследование результатов

В ходе начального сравнительного исследования результатов применения когнитивной терапии и ACT восемнадцати произвольно выбранным женщинам, страдающим депрессией, был назначен курс лечения, состоящий из двенадцати еженедельных сессий либо когнитивной терапии, либо одной из ранних версий ACT [*Zettle* & *Hayes,* 1986]. По сравнению с результатами долечебного обследования состояние участников обеих групп существенно улучшилось, о чем свидетельствуют

результаты обследования, проводившегося в течение двух месяцев по завершении курса лечения, хотя, по оценкам независимого специалиста, анализировавшего результаты лечения вслепую с помощью шкалы оценки депрессии, разработанной Гамильтоном [*Hamilton*, 1960], состояние тех из участников, кто прошел курс ACT, оказалось существенно лучше. Однако второе рандомизированное клиническое исследование не выявило никаких различий в эффективности двух вариантов когнитивной терапии и ACT, когда тот и другой варианты терапии проводились в групповом формате [*Zettle* & *Rains*, 1989], из чего следует, что терапевтическое влияние ACT при лечении депрессии может ослабляться, если ACT проводится не в индивидуальном формате.

## Исследование процесса

В то время как существующие, хотя и весьма ограниченные, исследования, проводившиеся к этому времени, свидетельствуют о том, что эффективность ACT превышает эффективность когнитивной терапии, анализ показателей процесса из этих двух сравнительных исследований результатов лечения бесспорно указывает на то, что эти две интервенции инициируют терапевтические изменения посредством разных механизмов. В исследовании Зеттла и Хейса [*Zettle* & *Hayes*, 1986] участники заполняли анкету автоматических мыслей (Automatic Thoughts Questionnaire — ATQ; [*Hollon* & *Kendall*, 1980]) на долечебной, послелечебной и сопроводительной стадиях, а также перед началом каждой еженедельной сессии терапии. Поскольку ATQ оценивает как частоту, так и достоверность депрессивных мыслей, у исследователей была возможность определить, изменялись ли дифференциальные снижения частоты негативных мыслей каждого из участников в зависимости от способа лечения. Участники обоих способов терапии отмечали существенные, но эквивалентные снижения частоты негативных мыслей в ходе исследования.

Другая картина, согласующаяся с акцентом ACT на избавлении от экспериенциального избегания, была выявлена в результате анализа оценок достоверности депрессивных мыслей, полученных с помощью ATQ. В частности, в ходе послелечебного оценивания участники ACT сообщали о значительно большем ослаблении их доверия к негативным

мыслям, чем у тех, кто прошел курс когнитивной терапии. Другими словами, участники АСТ не реже, чем участники когнитивной терапии, сообщали о появлении у себя депрессивных мыслей, но в значительно меньшей степени доверяли этим мыслям. Кроме того, недавний повторный анализ данных ATQ [*Hayes* et al., 2006] еще раз подтвердил, что курс АСТ обеспечил терапевтическое изменение в результате разделения, поскольку изменения в оценках достоверности полностью соответствовали всем требованиям на опосредование снижений как в показателях депрессии, сообщаемых самими участниками, прошедшими курс АСТ, так и показателях депрессии, выявленных у этих участников интервьюером [*MacKinnon,* 2003].

Последнее свидетельство того, что АСТ, в отличие от когнитивной терапии, действует путем ослабления вербальной/социальной поддержки депрессии, предоставляется результатами, полученными из анкеты мотивов, также включенной в исследование Зеттла и Хейса [*Zettle* & *Hayes,* 1986] как один из показателей процесса. Чтобы оценить возможную роль мотивов в поддержании дисфункционального поведения, участникам вначале предлагали указать по отдельности мотивы для переедания и совершения суицида, а затем им предлагалось оценить, "насколько хорошим" был каждый из этих мотивов. Мотивы были классифицированы либо как "внутренние", что означает личные события как причину дисфункционального поведения (например, "У меня возникло чувство безнадежности"), либо как "внешние", что означает события, происходившие в окружении человека (например, "Меня уволили с работы"). Лишь у участников АСТ наблюдалось существенное снижение оценок валидности по внутренним причинам, начиная с долечебной стадии и заканчивая всем периодом послелечебного сопровождения.

Последний массив свидетельств, указывающих на то, что АСТ и когнитивная терапия действуют посредством разных процессов, был получен в результате сравнительного исследования, выполненного Зеттлом и Рейнсом [*Zettle* & *Rains,* 1989]. Лишь участники, прошедшие курс когнитивной терапии, сообщали о существенном снижении — начиная с долечебной стадии и заканчивая всем периодом послелечебного сопровождения — своей веры в "депрессогенные представления", которая

оценивалась с помощью шкалы дисфункциональных представлений (Dysfunctional Attitude Scale — DAS; [*Weissman* & *Beck*, 1978]). На первый взгляд, такие результаты противоречат анализу оценок достоверности, которые получены с помощью ATQ, но это противоречие может быть обусловлено различием инструкций, используемых в этих двух инструментах. Несмотря на то что оба показателя, по всей видимости, пытаются оценить степень веры респондентов в депрессивный когнитивный материал (степень слияния с ним), ATQ делает это, предлагая участникам "указать, насколько сильно вы склонны (если вообще склонны) верить такой мысли, когда она возникает у вас", тогда как DAS предлагает участникам указать, в какой мере они "согласны или не согласны" с каждым из перечисленных представлений. Это полностью соответствует модели, на которой базируется АСТ и которая исходит из того, что успешно вылеченные депрессивные клиенты могут тем не менее верить в депрессивные представления при условии, что будет эффективно ослаблен любой дисфункциональный контроль, осуществляемый ими. Коротко говоря, согласие с каким-либо депрессивным представлением, оцениваемое с помощью DAS, может не отражать слияния с этим представлением. Например, депрессивный клиент все же может соглашаться с тем, что "Если я не буду всегда действовать правильно, люди не будут уважать меня", но такого психологического события избежать уже не удастся (например, "Я готов делать то, что мне следует делать, но мне не дает покоя мысль, что люди не будут уважать меня"). По крайней мере, эти отличающиеся результаты DAS опять-таки подчеркивают разные механизмы, посредством которых АСТ и когнитивная терапия добиваются терапевтических изменений, особенно когда они рассматриваются в контексте дополнительных исследований, которые фиксируют значительное снижение оценок DAS, после того как депрессию удается успешно ослабить посредством фармакотерапии [*Reda, Carpiniello, Secchiaroli,* & *Blanco,* 1985; *Simons, Garfield,* & *Murphy,* 1984; *Simons, Murphy, Levine,* & *Wetzel,* 1986].

## АСТ и когнитивная терапия

Подытоживая сказанное выше, следует отметить, что, несмотря на ограниченный объем исследований, АСТ напоминает когнитивную

терапию по своему воздействию на амбулаторную униполярную депрессию. В большинстве других важных аспектов, включая ассоциированные процессы, посредством которых развертывается такое воздействие, между этими двумя подходами можно провести четкие различия. Стратегически, когнитивная терапия следует механистической повестке, повестке изменений первого порядка, тогда как ACT делает акцент на изменениях второго порядка с функционально-контекстуалистской точки зрения. Целями изменений в рамках когнитивной терапии являются дисфункциональные представления и соответствующие искаженные способы мышления, тогда как ACT не ставит мысли как таковые выше других личных событий (таких, как настроение, импульсы или ощущения в теле) в попытках изменить контексты, в которых они происходят. Наконец, четкие тактические различия также отличают ACT от когнитивной терапии. В частности, в ACT не используются техники реструктуризации, такие как фиксация дисфункциональных мыслей [*Beck* et al., 1979], для инициации изменений первого порядка в когнитивных переменных с целью избавления от угнетенного настроения. Кроме того, поведенческие домашние задания не используются в целях когнитивной реструктуризации и регулирования настроения, но используются в целях повышения психологической гибкости, помогая клиентам вернуться к полноценной и осмысленной жизни.

## *Когнитивная терапия на основе осознанности*

Главное, что является общим между КТНОО и ACT, заключается в том, что та и другая терапия являются методами изменений второго порядка в рамках третьей волны (или поколения) когнитивно-поведенческих терапий. Центральное место в развитии КТНОО занимают два фактора [*Segal* et al., 2002]. Первым было признание того, что одной из задач при лечении депрессии является эффективное снижение частоты возникновения рецидивов. По меньшей мере у половины клиентов, успешно лечившихся в ходе начального эпизода депрессии, впоследствии возникают рецидивы [*Paykel, Ramana, Cooper, Hayhurst, Kerr,* & *Barocka,* 1995], причем с каждым последующим эпизодом повышается вероятность возникновения рецидивов в будущем [*Consensus*

*Development Panel*, 1985]. Вторым фактором, который оказался критичным для развития КТНОО, был вывод о том, что центральным процессом изменений при проведении когнитивной терапии, очевидно, является не процесс реструктуризации депрессивных мыслей, а выработка у клиентов способности дистанцироваться от таких мыслей. Соответственно, как следует из самого названия, КТНОО делает акцент на использовании техник и упражнений медитационного типа для обучения клиентов другому (осознанному) отношению к своим собственным депрессивным мыслям.

## Роль дистанцирования/децентрирования

"Дистанцирование", или, как его чаще называют, "децентрирование" [*Segal* et al., 2002], можно рассматривать как процесс разделения, т.е. вполне естественный для АСТ процесс. По сути, одна из ранних версий АСТ называлась *всеобъемлющим дистанцированием* [*Zettle*, 2005, 2006], что было обусловлено утверждением Бека [*A. T. Beck*, 1970] о том, что "дистанцирование" является "первым, важнейшим шагом" при когнитивной терапии [*Hollon* & *Beck*, 1979, p. 189], который позволяет клиентам реагировать на свои негативные мысли как на некие представления, а не факты. Несмотря на сходство между КТНОО и АСТ, между ними существуют очевидные стратегические и тактические различия. Самым важным, возможно, является то, что разработчики КТНОО рекомендуют, чтобы стратегическое применение этой терапии ограничивалось предотвращением рецидивов депрессии, и даже утверждают, что ее применение для лечения начального, острого эпизода депрессии было бы неэффективным [*Segal* et al., 2002, p. 318], отдавая в этом случае предпочтение когнитивной терапии. По аналогии, было бы логичным ожидать, что они вряд ли согласились бы с исходным утверждением этой книги о том, что эффективность АСТ как варианта лечения текущей депрессии в достаточной мере подтверждается проведенными исследованиями.

Из-за тактических различий между КТНОО и АСТ, ограниченность КТНОО предотвращением рецидивов депрессии представляется оправданной, хотя подвергание в дальнейшем этого предположения эмпирической оценке представляется практически гарантированным. С точки

зрения ACT, КТНОО почти исключительно делает акцент на принятии (т.е. на одной половине ACT) — на том, что ранее описывалось как процессы осознанности и принятия, присущие ACT, — причем делает это с применением более ограниченного набора тактик, чем тот, который обычно используется в ACT. Относительно мало внимания КТНОО уделяет такой составляющей ACT, как ответственность. Терапевтическая составляющая повышения активности вводится лишь ближе к завершению восьмисессионного протокола КТНОО, предлагаемого Сигалом и его коллегами [*Segal* et al., 2002], и используется в большей мере для регулирования настроения и не связана с ценностями (и, следовательно, не определяется ими). ACT подобна КТНОО в том, что так же, как и КТНОО, делает акцент на осознанности, но идет дальше КТНОО в том отношении, что использует ответственность и процессы изменения поведения как часть терапевтических изменений.

### ACT и когнитивная терапия на основе осознания

Подытоживая сказанное выше, можно отметить, что ACT — так же, как КТНОО — делает акцент на процессах осознания и принятия, хотя ACT использует более широкий набор техник и процедур при продвижении осознания и принятия. Однако ACT придает больший, чем КТНОО, вес поддержке ответственного изменения поведения как неотъемлемой части терапии, а любое побуждение к активности не используется в целях регулирования настроения. Поскольку КТНОО, в отличие от ACT, не рекомендуется для лечения начальных эпизодов депрессии, прямое сравнение этих двух подходов никогда не проводилось.

## *Поведенческая активация*

Как способ лечения острой депрессии, поведенческая активация [*Dimidjian* et al., 2006; *Martell, Addis, & Dimidjian,* 2004] в большой степени представляет собой возвращение к истокам поведенческой терапии [*Ferster,* 1973], вызванное компонентным анализом когнитивной терапии, из которого следует, что предусмотренные нею поведенческие домашние задания обусловливают эффективность когнитивной терапии [*Jacobson* et al., 1996]. В значительной мере взаимосвязь между поведенческой

активацией и ACT является зеркальным отражением взаимосвязи между КТНОО и ACT. Поведенческая активация, подобно аспекту ответственности в ACT, признает терапевтические преимущества побуждения к изменениям уровней активности депрессивных клиентов. Однако она не включает медитативные практики, а также не включает в явном виде любые другие компоненты лечения, которые напрямую касаются процессов осознания, отражаемых аспектом принятия в ACT.

По сути, будучи стратегией изменений первого порядка, поведенческая активация стремится побудить клиента к занятиям, которые поднимут его дисфорическое настроение путем приведения его в контакт с естественными усиливающими обстоятельствами, поддерживающими адаптивные поведенческие изменения. К таким ключевым занятиям могут относиться занятия, вызывающие у клиента ощущение своей способности выполнить какую-то важную работу (например, составить годовой отчет) и/или чувство удовольствия (например, встреча с друзьями). Подобно КТНОО, поведенческая активация также отличается от ACT в том, что она в неявном виде увязывает усиление деятельности с преследованием целей, ориентированных на определенные ценности, хотя она в большей степени, чем КТНОО, придерживается акцента ACT на ответственности и изменении поведения, используя идиографический функциональный анализ, который помогает управлять планированием деятельности.

## ACT и поведенческая активация

Подводя итог сказанному выше, можно отметить, что и ACT, и поведенческая активация подчеркивают терапевтическую важность побуждения к изменениям внешнего поведения у депрессивных клиентов. Разница между ACT и поведенческой активацией заключается в том, что ACT в явном виде увязывает деятельность с ценностями клиента и, в отличие от поведенческой активации, включает терапевтические процедуры, предназначенные для усиления процессов принятия и осознания. Поскольку оба эти подхода никогда не сравнивались между собой, мы не можем сделать каких-либо однозначных выводов об их относительной эффективности при лечении депрессии.

## Заключение

В названии этой главы поставлено два фундаментальных вопроса относительно АСТ. Первый вопрос звучал так: “Что представляет собой АСТ?” АСТ для лечения депрессии — это терапевтический подход (а не некая совокупность техник), который представляет собой часть третьей волны в рамках поведенческой терапии. АСТ базируется на теории реляционных фреймов как некоего функционального контекстуалистского основания человеческого языка и когниции. Соответственно, АСТ стремится минимизировать влияние механизмов, посредством которых язык способствует психологической косности и человеческому страданию, и в то же время укреплять способы, которыми он может поддерживать осмысленную жизнь и психологическую гибкость. Будучи методом изменений второго порядка, АСТ для лечения депрессии не стремится изменить депрессивные способы мышления или регулировать подавленное настроение; вместо этого АСТ пытается воздействовать на контексты и процессы, которые препятствуют ведению осмысленной жизни, когда такие личные события являются свершившимся фактом.

Второй ключевой вопрос, на который мы пытались ответить в этой главе, был сформулирован так: “В чем уникальность такой терапии?” Если рассматривать АСТ в сравнении с когнитивной терапией, КТНОО и поведенческой активацией, то уникальность АСТ как метода изменений второго порядка заключается в том, что этот вид терапии синергистически объединяет в себе — новыми и креативными способами — оба этих критически важных, активных ингредиента, которые обусловливают действенность когнитивной терапии при лечении депрессии. АСТ, подобно КТНОО, включает в себя процедуры осознания, хотя и в меньшей степени, наряду с другими техниками и компонентами для выработки у клиентов навыков принятия. Кроме того, подобно поведенческой активации, АСТ делает акцент на том, как важно для клиента становиться и оставаться активным при переходе от депрессивного образа жизни к энергичному и целеустремленному образу жизни.

В завершение этой главы следует упомянуть об ограниченных возможностях АСТ в деле лечения депрессии. Как уже указывалось, я не рекомендую применять АСТ в случае биполярной депрессии. Даже когда

речь идет о клиентах, страдающих униполярной депрессией, применение ACT для лечения депрессии, когда проблема клиента заключается главным образом в дефиците социальных навыков, представляется весьма сомнительной идеей [*Hersen, Bellack, Himmelhoch,* & *Thase,* 1984; *Lewinsohn* & *Gotlib,* 1995]. На нынешнем этапе требуется проведение дальнейших исследований, которые позволят выяснить, приведет ли сочетание ACT с какой-либо первичной интервенцией (например, обучение клиента социальным навыкам) к более действенному лечению в случаях, когда формулирование и концептуализация кейса (глава 5) указывают на то, что депрессия является главным образом следствием дефицита межличностных/социальных навыков.

# ГЛАВА 2

# Что делает депрессию столь... депрессивной

Как указывалось в предыдущей главе, униполярная клиническая депрессия представляет собой одну из самых распространенных форм человеческого страдания. Встречаются ли подобные уровни депрессии у других представителей животного мира? На этот вопрос мы вряд ли получим когда-нибудь однозначный ответ. Однако утвердительный ответ показался бы нам сомнительным, поскольку поддержка, которую оказывает клинической депрессии язык, делает ее уникально человеческим явлением [*Cryan* & *Holmes,* 2005]. То, что разные типы и формы реляционного фрейминга способствуют приобретению, поддержанию и усугублению человеческого страдания, является, конечно же, одним из исходных условий всей модели, на которой основывается АСТ.

## Главный путь к депрессии

Пытаясь понять, как язык может сделать депрессию невыносимой, я хотел бы провести некоторые параллели между путями, которые превращают тревогу в болезненное поведение, и соответствующими процессами, которые могут выполнять аналогичные функции при депрессии. Например, Эйферт и Форсайт [*Eifert* & *Forsyth*, 2005] весьма убедительно доказывали, что страх и тревога как таковые не свидетельствуют о болезни или нездоровье и во многих контекстах могут быть вполне адаптивными. Тревога становится проблематичной при целенаправленных попытках избегать, регулировать или иными способами контролировать ее проявления. Соответственно, проблематична не тревога как таковая, а то, как мы реагируем на нее, как относимся к ней. Аналогичный процесс

может быть главным, хотя ни в коем случае не единственным путем, который дает начало униполярной клинической депрессии.

## *Нормальные колебания настроения*

Эпидемиологи признают, что подавленное настроение и прочие симптомы, которые принято ассоциировать с депрессией, целесообразно рассматривать как расположенные на некотором континууме [*Kaelber, Moul,* & *Farmer,* 1995]. Однако мало кто (даже среди тех, кто утверждает, что плохое настроение и печаль могут быть нормальными и адаптивными состояниями) готов спорить с тем, что в какой-то точке на этом континууме депрессия усиливается до клинических степеней и становится дисфункциональной. Мне кажется, можно утверждать, что именно "темная сторона" языка ответственна за возникновение дисфории, которая носит адаптивный характер как естественное следствие нормальных колебаний настроения, и превращение ее в то, что Уинстон Черчилль называл "черным псом" депрессии [*Storr,* 1988]. Прежде чем доказать это, мне хотелось бы предложить несколько комментариев по поводу потенциальных адаптивных функций дисфорического (подавленного) настроения.

### Адаптивные функции дисфорического настроения

Утверждение о том, что тревога как таковая носит адаптивный характер, представляется гораздо меньшей натяжкой, чем попытка утверждать то же самое в отношении хотя бы умеренных уровней депрессии как у людей, так и у неодушевленных живых существ. Поскольку нам нужно различать между собой разные точки, расположенные на континууме депрессии, я буду использовать, по необходимости, разные термины при обсуждении их связи друг с другом (в противном случае, согласно ТРФ, они эквивалентны). Соответственно, я буду использовать здесь термин *дисфория* для обозначения умеренных, адаптивных уровней депрессивных симптомов, испытываемых человеком, а также неодушевленными живыми существами, и термин *депрессия* для обозначения дисфункционального расстройства, которое не позволяет человеку вести полноценную жизнь.

Одно из первых и наиболее широко цитируемых описаний возможной адаптивной роли дисфории принадлежит Клингеру [*Klinger,* 1975], который разработал теорию отказа от побудительных мотивов. Организмы, которые наталкиваются на препятствия к достижению своих целей, поначалу наращивают свои усилия по преодолению этих препятствий. Дисфория возникает как нормальная реакция на утрату или неспособность преодолеть препятствие и способствует прекращению поведения, направленного на достижение цели, что позволяет сберечь ресурсы. Если, однако, организм не может отказаться от поведения, направленного на достижение цели, дисфория может усилиться и, если речь идет о человеке, может перерасти в клиническую депрессию. С более широкой эволюционной точки зрения, Низи [*Neese,* 2000] недавно предположил, что дисфория может выполнять дополнительную адаптивную функцию в более широком диапазоне "неблагоприятных ситуаций, при которых усилия, направленные на достижение некой важной цели, вероятнее всего, приведут к опасности, утрате, травме или напрасной трате сил" (p. 14). Точнее говоря, дисфория призвана не только привести к адаптивному отказу от продолжения неэффективного преследования цели, но и предотвратить преждевременное преследование альтернативных целей. Таким образом, с этой точки зрения, в то время как тревога заставляет человека отказаться от опасных действий, дисфория заставляет человека отказаться от бесполезных, напрасных действий. После какой-либо утраты и/или неудачной попытки достичь какой-то цели взятие паузы и временная "перегруппировка сил" могут представлять собой более разумную стратегию, чем упрямое и безуспешное повторение действий, направленных на достижение изначальной цели.

## *"Чистая боль" и "грязная боль"*

С точки зрения АСТ, то, что мы обозначили в этой дискуссии как дисфорию, можно рассматривать как *чистую боль* — неприятный, но адаптивный психологический опыт, который может возникнуть в ответ на «неблагоприятные ситуации» в нашей жизни [*Hayes* et al., 1999, p. 136]. При ведении полноценной и полнокровной жизни будут достигаться не все цели, и время от времени придется переживать личные утраты

и неудачи (например, смерть любимых людей, финансовые затруднения, напряженные межличностные отношения или их разрыв, и т.п.). Кроме того, можно предположить, что даже успешное достижение целей будет приводить к дисфории, если они не будут тесно связаны с ценностями человека (ниже в этой главе мы поговорим об этом подробнее). Таким образом, дисфория является неизбежной составляющей жизни человека как естественное — и даже психологически здоровое — следствие ведения или не ведения полноценной жизни.

Что, безусловно, не является психологически здоровым, так это все усугубляющаяся негативная спираль *грязной боли*, или психологической травмы [*Hayes* et al., 1999, p. 251], которая появляется, когда мы пытаемся избежать или каким-то иным способом контролировать дисфорию, тревогу и прочие формы чистой боли. Нежелание испытывать психологически чистую боль превращает ее в психологическую травму грязной боли [*Hayes* et al.]. Допустим, вы или я не достигли какой-то своей цели (например, нас не повысили по службе или нам не удалось жениться/выйти замуж за любимого человека). Естественно, у нас возникает дисфория и сопутствующие ей негативные самооценки, обусловленные нашей неспособностью добиться какой-то важной цели. Однако, как только мы начинаем "убегать" от своей дисфории и, как следует из АСТ и ТРФ, наши усилия оказываются тщетными, мы начинаем испытывать еще большую дисфорию и, в ходе процесса с замкнутым контуром, она продолжает нарастать, т.е. возникает негативная спираль грязной боли клинической депрессии. Грязная боль и страдание, связанное с ней, являются следствием нежелания принять дисфорию, тревогу и прочие формы чистой боли. Коротко говоря, дисфория (и неспособность экспериенциально избежать ее) теперь сама стала порождать депрессию. Хотя клиническая депрессия, возможно, самым тесным образом связана с безуспешными попытками экспериенциально избежать дисфории, в более общем случае она может быть результатом стремления реализовать более широкую повестку, связанную с желанием "не чувствовать себя плохо" [*Hayes*, 2005], когда дисфория может не быть единственным — или даже главным — нежелательным аффективным состоянием, от которого пытается избавиться депрессивный клиент.

## *Роль руминации*

Перерастание дисфории в клиническую депрессию может быть связано с несколькими языковыми процессами, такими как подавление мыслей, руминация и выдвижение аргументов [*Zettle* & *Hayes,* 2002]. Исходя из обширного — и постоянно расширяющегося — массива эмпирических данных, из числа этих "подозреваемых" руминация оказывается главным "обвиняемым". Эти эмпирические данные указывают на центральную роль руминации в инициировании, усугублении и поддержании депрессии. Вообще говоря, под *руминацией* подразумевается вербальный процесс бесконечно повторяющихся попыток ответить на вопросы, которые человек задает самому себе; эти вопросы касаются значения, причин и последствий депрессии (например, "Почему я чувствую себя именно так, а не иначе, и что все это означает?"). Говоря более конкретно, руминация включает в себя два разных компонента, один из которых сосредоточивается на психологических экспириенсах, включающих аспекты концептуализированного *Я*, а другой делает то же самое в аналитической и критически-оценочной манере [*Roberts, Gilboa,* & *Gotlib,* 1998].

## **Результаты соответствующих исследований**

Хотя исчерпывающий обзор научной литературы, связывающей руминацию и депрессию, не входит в задачи этой главы, мы все же сделаем краткий обзор основных результатов научных исследований. Отмечаются индивидуальные, а также гендерные различия в копинговых стилях [*Nolen-Hoeksema,* 1990]; было показано, что те, кто в большей мере склонны прибегать к "руминативному стилю", оказываются более склонными к возникновению депрессии в ответ на разные жизненные стрессоры [*Nolen-Hoeksema,* 2000; *Nolen-Hoeksema, Larson,* & *Grayson,* 1999]. Например, среди студентов колледжей, которым пришлось пережить землетрясение, у тех, кто был склонен к руминативному стилю при возникновении дисфорического настроения, спустя семь недель депрессия наступала с большей вероятностью, чем у тех, кто не был склонен к руминации [*Nolen-Hoeksema* & *Morrow,* 1991]. К счастью, со стихийными бедствиями, вызывающими стресс

(такими, как землетрясение), большинству из нас приходится сталкиваться относительно редко, чего не скажешь, например, о смерти близких и любимых нами людей. Даже после более или менее эффективного контроля начальных уровней депрессии взрослые люди, потерявшие близких и склонные к руминативному стилю, спустя шесть месяцев с большей вероятностью переживали более высокие уровни депрессии [*Nolen-Hoeksema, Parker,* & *Larson,* 1994].

Как указывалось в предыдущей главе, руминация имеет некоторое сходство с попытками решить проблему — правда, фокус в данном случае смещается на попытки минимизировать "проблему" (например, чистую боль не слишком тяжелой утраты), решить которую полностью не представляется возможным. Руминация не только не снижает дисфорию, но, напротив, порождает и усугубляет депрессию, а также усиливает психологическую негибкость, препятствуя потенциально эффективному решению проблемы. Таким образом, руминация приводит к результатам, обратным тем, которых от нее ожидают: вместо того чтобы способствовать поиску решения проблемы, она лишь порождает и усугубляет депрессию. В ходе двух связанных между собой исследований [*Ward, Lyubomirsky, Sousa,* & *Nolen-Hoeksema,* 2003] студенты колледжа, склонные и не склонные к руминации, сравнивались по их оценке своих собственных планов поиска выхода из двух потенциально "проблемных" ситуаций (изменение места проживания в студенческом кампусе и изменение программы целевого обучения), а также их готовности следовать этим планам. Результаты обоих исследований показали, что студенты, склонные к руминации, демонстрировали меньшую уверенность в предложенных ими самими вариантах выхода из указанных "проблемных" ситуаций и меньшую удовлетворенность этими решениями, были в меньшей степени готовы следовать этим решениям и требовали большего времени для "размышления" над ними, прежде чем приняться за их осуществление. Коротко говоря, вместо того чтобы переходить к эффективным действиям, эти "руминаторы" демонстрировали даже бо́льшую психологическую негибкость и были буквально парализованы бесконечными размышлениями над возможными проблемами, неопределенностями и собственными сомнениями.

Аналогичный вклад руминации в развитие депрессии задокументирован еще двумя программами экспериментальных исследований. Первое из этих исследований сравнивало дифференциальные реакции студентов колледжа, склонных к дисфории и сообщавших об уровнях депрессии, превышающих нормальные, но субклинических и оценивавшихся с помощью краткой [*Beck* & *Beck*, 1972] или регулярной форм [*Beck, Ward, Mendelson, Mock,* & *Erbaugh,* 1961] анкеты Beck Depression Inventory (BDI), со студентами колледжа, не склонными к дисфории (оценки, полученные с помощью BDI, не превышали нижних уровней "нормального диапазона"), по мотивам, побуждающим их к руминации или рассеянности. В частности, во время пребывания в руминации участникам исследования предлагали направить свое внимание на мысли, сфокусированные на эмоциях ("что могут означать ваши чувства"), сфокусированные на симптомах ("физические ощущения в вашем теле") или сфокусированные на самом себе ("ваш характер и кем вы стремитесь быть"), в то время как тем, кто пребывал в состоянии рассеянности, предлагали направить свое внимание на мысли, сфокусированные на каком-то внешнем объекте (например, "выражение лица Моны Лизы" или "грузовик с кузовом, наполненным арбузами") [*Lyubomirsky, Tucker, Caldwell,* & *Berg,* 1999]. В сравнении с дисфориками, пребывающими в рассеянности, а также с обеими недисфорическими группами, дисфорики, пребывающие в руминации, указывают на меньшее желание участвовать в приятных отвлекающих занятиях и пониженную способность вырабатывать эффективные решения межличностных проблем [*Lyubomirsky* & *Nolen-Hoeksema,* 1993, 1995], а также больший пессимизм относительно позитивных событий в своем будущем и возросшее непроизвольное вспоминание негативных событий из своего прошлого [*Lyubomirsky* & *Nolen-Hoeksema,* 1995; *Lyubomirsky, Caldwell,* & *Nolen-Hoeksema,* 1998]. Парадоксальный факт: дисфорики, занимающиеся руминацией, полагают, что достигают важного понимания природы своих страданий [*Lyubomirsky* & *Nolen-Hoeksema,* 1993], но при этом в еще меньшей степени готовы фактически осуществить любые решения, которые сформулированы ими во время руминации [*Lyubomirsky* et al., 1999]. По сути, руминация ведет к еще большему

соединению с вербально сконструированным миром и менее эффективному участию в жизни за пределами своего *Я*. К тому же, мир, сконструированный таким образом, и проблемы, которые "населяют" его, никак не связаны со "здесь и сейчас" и либо остались в безвозвратно ушедшем прошлом, либо ожидают нас в устрашающем будущем.

Многие из результатов, которые были получены в ходе экспериментального исследования влияния руминации на дисфорических студентов колледжа, согласуются с результатами соответствующего исследования, участники которого страдали клинической депрессией. Было показано, что из двух компонентов, которые составляют руминацию, склонность к аналитическому мышлению и оценочному фреймингу способствует вспоминанию целой категории автобиографического материала лицами, страдающими клинической депрессией [*Watkins & Teasdale,* 2001]. Например, вместо того чтобы вспомнить какую-то конкретную ошибку из своего прошлого (например, когда-то он забыл своевременно отправить в налоговые органы свою декларацию о доходах), человек вспоминает целую категорию своих прошлых ошибок, например "Каждый раз я забываю сделать то одно, то другое".

В ходе последующего исследования депрессивные и недепрессивные его участники целенаправленно погружались либо в "аналитическое", либо в "экспериенциальное" самофокусирование на своих психологических экспириенсах и телесных ощущениях [*Rimes & Watkins,* 2005]. "Аналитическое" состояние делало упор на оценочной составляющей руминации: участникам предлагалось подумать о "причинах, значении и последствиях каждого симптома/ощущения" (р. 1676); тогда как в "экспериенциальном" состоянии участникам предлагалось просто сосредоточиться на переживании каждого симптома/ощущения. Хотя "экспериенциальное" состояние не было в явном виде концептуализировано как процедура, подобная осознанию (майндфулнесс), оформление его подобным образом представляется вполне оправданным, учитывая его акцент на "простой фиксации" симптомов/ощущений. Эти два типа самосфокусированного мышления оказывают эквивалентное, но несущественное влияние на негативные самооценки и дисфорическое настроение недепрессивных участников исследования. Напротив, аналитический,

руминативный тип самофокусирования был единственным из двух, который повышал самооценки бесполезности/некомпетентности и дисфорическое настроение среди группы клинически депрессивных участников исследования.

Подытоживая сказанное, следует отметить, что расширяющийся корпус корреляционных/перспективных, а также экспериментальных исследований с недепрессивными, дисфорическими и депрессивными участниками позволил сделать вывод о руминации как ключевом факторе, который ведет от дисфории к депрессии. В этом отношении руминация занимает столь же центральное положение в отношении клинической депрессии, какое занимает беспокойство в отношении генерализованной тревоги [*Watkins, Moulds, Mackintosh,* 2005]. Недавно проведенное сравнение этих двух процессов позволяет сделать вывод о том, что они могут различаться по своему содержанию (т.е. конкретные руминативные мысли могут отличаться от конкретных беспокойств) и по своей относительной временной сфокусированности (руминация в большей степени сосредоточена на прошлом, а беспокойство — на будущем), но при этом они выполняют аналогичные функции экспериенциального избегания [*Watkins* et al.]. Точнее говоря, беспокойство, по-видимому, представляет попытку умерить неприятное физиологическое возбуждение, которое является частью экспириенса тревоги [*Borkovec, Ray,* & *Stober,* 1998], тогда как руминация связана с непродуктивными попытками избавиться от дисфории, разобравшись в ее причинах [*Holowka, Salters-Pedneault,* & *Roemer,* 2005; *Smith, Hughes,* & *Alloy,* 2006]. Однако оба процесса представляются в равной степени способными трансформировать естественным образом возникающие психологические реакции в травматические экспириенсы, вызывающие грязную боль.

## *"Самоценность" как оценка "ценности жизни"*

Как было показано выше, одним из последствий руминации является усиление самообвинений, самокритики и других форм негативной самооценки [*Lyubomirsky* et al., 1999; *Rimes* & *Watkins,* 2005]. Концептуализированное *Я*, которое возникает при этом, рассматривается человеком как ущербное и неполноценное (например: "Со мной что-то не так", "Я

не заслуживаю счастья", и т.п.). Убогая концептуализация своего *Я* и связанные с ней аффективные экспириенсы уже давно признаются как одна из определяющих характеристик депрессии. Согласно Беку [*A. T. Beck*, 1967], уничижительное представление о себе составляет одну треть "когнитивной триады", которая олицетворяет депрессивное мышление, а "ощущение собственной никчемности" (p. 327) и "низкая самооценка" (p. 349) относятся, согласно *DSM-IV* (1994), к числу критериев тяжелого депрессивного эпизода и диагноза дистимического расстройства, соответственно.

С точки зрения АСТ, *Я*, которое оценивается как никчемное, лишенное ценности, является *концептуализированным Я*, т.е. *Я*, построенным из сети самоотносимых реляционных фреймов. Некоторые из этих фреймов являются и описательными, и "фактическими" по своей природе (например, "Я — сорокалетняя замужняя женщина"), тогда как другие являются заведомо оценочными (например, "Я никчемный человек"). Ущербное концептуализированное *Я* как таковое не считается проблематичным и вряд ли способно усугублять психологическую негибкость в отсутствие слияния с ней. К сожалению, определенная степень слияния может ассоциироваться с любым типом негативной самооценки. Это особенно проблематично, когда связь и идентификация с ущербным концептуализированным *Я* настолько прочны, что психологический контакт с трансцендентным ощущением собственного *Я*, по сути, заблокирован. Посредством фреймов координации и комбинаторного логического следования, если "Я (возможное *Я* как контекст) *равняется* "я" (концептуализированное *Я*) и "я *равняется* никчемный", то "Я *равняется* никчемный». Коротко говоря, когда возникает такое слияние, то у нас нет альтернативного типа самоэкспириенса и точки зрения, с которой бессодержательное и трансцендентное ощущение собственного *Я* может "просто фиксировать" содержание нашей жизни, в том числе содержание концептуализированного *Я*. Напротив, когда наше ощущение "самости" становится ощущением "самости" путем слияния с ущербным концептуализированным *Я*, негативная самооценка воспринимается не просто как некое психологическое событие (то есть, "У меня есть мнение/оценка, что я никчемный человек"), но как непреложный

факт (“Я *действительно* никчемный человек”). Вырабатывается психологическая негибкость, а депрессия все больше укореняется по мере того, как реагирование на оценочный самоотносимый фрейм происходит в той же манере, как и на фрейм, описательный по своей природе.

Люди, страдающие депрессией, могут признавать очевидную желательность изменения концептуализированного *Я*, но они также могут осознавать, что попытки человека изменить собственную самооценку так же тщетны, как попытки человека изменить свой возраст или свое прошлое. АСТ для лечения депрессии не пытается улучшить самооценку человека или его самоконцепцию. Это вызвано вовсе не тем, что достижение таких целей может оказаться чрезвычайно сложной (и, может быть, практически непосильной) задачей, а тем, что такая стратегия, даже если бы она могла привести к успеху, считается необязательной. Вместо того чтобы заниматься реабилитацией концептуализированного *Я*, с которым слились депрессивные клиенты, упор делается на выработке экспериенциального контакта с трансцендентным ощущением своего *Я* как контекста, из которого самоотносимые мысли и чувства могут рассматриваться как независимые от своего *Я*.

Второй тип проблемного слияния, в котором участвует концептуализированное *Я*, это слияние между самоценностью и ценностью жизни. Низкая “ценность” концептуализированного *Я* — ее функция стимула — в более общем случае может переноситься на ценность жизни посредством фрейминга эквивалентности (такого, что “самоценность” *равняется* ”ценности жизни”). Когда это происходит, обесценивается сама жизнь, которая может быть “поставлена на паузу” до тех пор, пока не будет приведено в порядок концептуализированное *Я*. Этот процесс, возможно, лучше всего демонстрируется клиентами, которые указывают в качестве своей главной терапевтической цели “улучшение отношения к самому себе”.

## Пример из практики

Показательным примером в этом отношении может быть один из моих недавних клиентов, сформулировавший такую цель. Этот клиент, которому было далеко за сорок, рассказал мне, что на протяжении почти

всей своей сознательной жизни он пытается побороть негативную самооценку, которая лишь временно смягчается после достижения им конкретных внешних целей. Такими целями было получение степеней бакалавра и магистра, недавнее повышение в должности, а также признание его заслуг начальником после успешного выполнения достаточно сложного задания на работе. Он испытывал лишь кратковременный подъем самооценки, после чего вскоре наступал еще больший ее спад. После каждого очередного личного достижения этому клиенту казалось, что для простого поддержания своего новообретенного уровня самооценки перед лицом возросших ожиданий — как со стороны самого себя, так и со стороны окружающих его людей — ему нужно ставить перед собой еще более сложные и амбициозные цели. Кроме того, его потенциальные потери в случае, если он не сможет оправдать эти возросшие ожидания, возрастали пропорционально росту сложности и амбициозности его целей. То, как он жил и видел свою жизнь, все более тесно срасталось с его новообретенным, но весьма хрупким чувством самоценности.

Мы предложили ему не задумываться над тем, какой была бы его жизнь, если бы он был способен поддерживать желательный для себя уровень самоценности. Вместо этого, мы предложили ему подумать, как могла бы измениться его жизнь, если бы он перестал бороться за повышение своей самооценки. Подумав, он ответил, что в этом случае он вел бы более полноценную, богатую жизнь, проявлял бóльшую спонтанность в отношениях со своей женой, проявлял бы бóльшую смелость и настойчивость на работе, а также бóльшую открытость к возможным переменам в своей карьере. Когда ему было предложено выбрать между борьбой за высокий уровень самооценки и невозможностью вести более полноценную жизнь, с одной стороны, и ощущением постоянных колебаний уровня самооценки и возможностью вести более полноценную и насыщенную жизнь, с другой стороны, он без раздумий выбрал второй вариант.

## *Самоубийство как конечный акт бегства*

К сожалению, для слишком многих людей, страдающих депрессией, путь, который мы анализируем в этой главе, ведет к намерению совершить самоубийство как способ прекращения своих страданий. Несмотря на то

что самоубийство совершают примерно 15% лиц, которым был поставлен диагноз клинической депрессии и которые проходили соответствующий курс лечения [*Angst, Stassen, Clayton,* & *Angst,* 2002; *Maris* et al., 1992], следует указать, что суицидальные мысли и попытки, как ни странно, широко распространены среди населения в целом [*Chiles* & *Strosahl,* 2005] и не присущи лишь тем, кто страдает депрессией [*Henriksson* et al., 1993]. Хотя самоубийство, подобно любому поведению, может определяться многими факторами, осознанные попытки положить конец ужасным психологическим состояниям, таким как депрессия, чувство вины, и тревога, оказываются лишь одним из наиболее распространенных мотивов [*Bancroft, Skrimshire,* & *Simkins,* 1976; *Baumeister,* 1990].

В этой главе утверждается, что дисфория может представлять собой естественно возникающую и адаптивную реакцию живых организмов (в том числе и человека) на свою неспособность совершить какое-либо действие и на непоправимую утрату. Несмотря на заявления, указывающие на обратное, например в том, что касается норвежских леммингов [*Maltsberger,* 2003], суицидальность как *вербальное действие*, или поведение, которое возможно лишь как следствие реляционного фрейминга событий [*Hayes,* 1992], оказывается уникально человеческим явлением и является кульминацией языковых процессов, которые продвигают дисфорию в направлении клинической депрессии. В частности, поскольку даже те, кто склонен к самоубийству, никогда не переживали своей собственной смерти, поведению самоубийства невозможно придать определенную форму путем контакта с прямыми последствиями убийства самого себя. Скорее, как некий тип *поведения, управляемого правилами*, или действие, которое контролируется языком, суицидальность находится под контролем вербально сконструированных, а не основанных на непосредственном опыте последствий смерти (Хейс). Одним таким последствием, вырабатываемым формированием скоротечных фреймов, сопоставляющих жизнь и смерть, является избежание дальнейшего страдания (например: "жизнь *равняется* страдание", "смерть *равняется* не жизнь", "не жизнь *равняется* не страдание", "смерть *равняется* не страдание"). Соответственно, самоубийство в таком контексте может рассматриваться как крайний акт избегания.

Представляется целесообразным упомянуть здесь, что между специалистами, практикующими ACT, существовали разногласия по поводу полезности интерпретации по меньшей мере некоторых случаев "экспериенциального избегания" как "экспериенциального бегства" [*Wilson,* 2006]. По этому поводу я неоднократно утверждал [*Zettle,* 2004], что при аффективных расстройствах экспериенциальное бегство играет, по-видимому, бо́льшую роль, чем экспериенциальное избегание, постольку, поскольку тех, кто страдает депрессией, можно рассматривать как пытающихся прекратить, пусть и безуспешно, свое тяжелое психологическое состояние. Самоубийство как форма экспериенциального бегства служит средством избавления не только от внешнего мира, который кажется им жестоким и равнодушным, но также (что, возможно, даже важнее) от концептуализированного *Я*, которое кажется им неадекватным, некомпетентным, непривлекательным и виновным во всех смертных грехах [*Baumeister,* 1990]. Действительно, самоубийство может происходить (и происходит) в контексте внешнего мира, который на первый взгляд кажется вполне благожелательным и радушным, как можно заключить из вымышленного случая Ричарда Кори [*Robinson,* 1921, p. 35].

С точки зрения ACT, можно ожидать, что целенаправленные усилия по реабилитации ущербного концептуализированного *Я* окажутся безуспешными, а вариант его убийства может представляться единственным эффективным альтернативным способом бегства, особенно учитывая когнитивную ригидность и психологическую негибкость, которые сопутствуют склонности к самоубийству [*Baumeister,* 1990]. Возможно, это прозвучит несколько иронично, но ACT соглашается с тем, что отсутствие концептуализированного *Я* обеспечило бы бо́льшую психологическую гибкость и, в этом смысле, советует вам "убивать себя каждый день" [*Hayes* & *Smith,* 2005, p. 190]. Таким образом, люди, склонные к самоубийству, по-видимому, способны вести более полноценную и осмысленную жизнь, если они сумеют освободиться от тирании своего концептуализированного *Я*, но рассматривают его буквальную, а не лишь фигуральную смерть как единственный способ такого освобождения. Как будет подробно показано в главе 8, ACT придерживается той точки зрения, что разделение с концептуализированным *Я*, выработка

контакта с трансцендентным ощущением собственного *Я* как контекста и понимание разницы между этими двумя аспектами *Я* могут служить более жизнеутверждающей и вдохновляющей альтернативой.

## Униполярная депрессия в терминах DSM-IV

В рамках *DSM-IV* (1994) униполярная депрессия диагностируется как одно из трех депрессивных расстройств: а) большое депрессивное расстройство, б) дистимическое расстройство, и в) иные депрессивные расстройства (DD-NOS). Дифференциальный диагноз между большим депрессивным расстройством и дистимическим расстройством невозможно сделать исходя из различительных топографических особенностей, поскольку они обладают схожими признаками, такими как упадок сил или хроническая усталость, и симптомами, такими как угнетенное настроение и бессонница/чрезмерная сонливость. Скорее, эти два расстройства различаются по своей тяжести, хроничности и стойкости. Большое депрессивное расстройство, по определению, протекает более тяжело, но с большей вероятностью ощущается лишь эпизодически, в отличие от более хронической, но менее истощающей формы, которую принимает депрессия в случае дистимического расстройства. По умолчанию, униполярная депрессия, которая не отвечает ни критериям большого депрессивного расстройства (например, в период резкой перемены настроения не наблюдается по меньшей мере пять из девяти симптомов, требуемых для большого, т.е. тяжелого депрессивного эпизода), ни критериям дистимического расстройства (такого, чтобы оно не длилось по меньшей мере два года), диагностируется как депрессивное расстройство NOS.

### *Значение для лечебной полезности*

К сожалению, оказывается, что различия, которые делает DSM при дифференциальном диагнозе депрессивных расстройств, в целом имеют ограниченную лечебную полезность [*Hayes, Nelson, & Jarrett,* 1987] в плане предоставления специалистам по психическому здоровью возможности оказывать более эффективные психологические услуги

клиентам, жалующимся на депрессию. В частности, при определении, следует ли применять ACT, а если следует применять, то как именно, знание того, каким именно конкретным депрессивным расстройством страдает данный клиент, практически бесполезно, поскольку различия, на основе которых выполняется дифференциальный диагноз (например, степень тяжести, хроничность и стойкость колебаний настроения), отнюдь не помогают принимать решения, касающиеся лечения данного клиента. Стратегия концептуализации кейса, являющаяся составной частью подхода функциональных измерений к психиатрическому диагнозу [*Hayes, Wilson, Gifford, Follette,* & *Strosahl,* 1996], по-видимому, служила бы более полезной альтернативой, чем просто знание диагноза в соответствии с DSM, хотя степень справедливости такого утверждения, наверное, нуждается в эмпирической оценке.

## *Альтернативный подход к классификации*

В сравнении с синдромальным подходом DSM, функциональный подход к классификации клинических проблем, несомненно, выглядел бы по-другому. Можно было бы определить, что конкретные диагнозы, которые можно различать на основе различий в симптомах (например, обсессивно-компульсивное расстройство в сравнении с большим депрессивным расстройством), выполняют одинаковую функцию, например функцию экспериенциального избегания [*Hayes* et al., 1996]. "Структурно несхожие" расстройства могут оказаться функционально идентичными, тогда как "структурно идентичные" расстройства могут оказаться функционально несхожими. Например, и употребление наркотиков, и депрессия могут помогать клиентам избежать болезненных психологических экспириенсов [*Petersen,* 2007], но не все случаи депрессии выполняют функцию экспериенциального избегания. Таким образом, как указывалось в предыдущей главе, не следует полагать, что ACT в равной степени применима ко всем случаям депрессии. Вполне возможно и допустимо, с функционалистской точки зрения, что два гипотетических депрессивных клиента могут демонстрировать строго одинаковые конфигурации признаков и симптомов и, следовательно, соответствуют одному и тому же диагнозу DSM, хотя варианты депрессии,

испытываемые этими двумя клиентами, могут быть функционально разными.

Соответственно, при выборе АСТ нужно прежде всего удостовериться в том, что беспокоящая данного депрессивного клиента проблема, которая проявляется в настоящее время, выполняет функцию экспериенциального избегания. Если это действительно так, то подход концептуализации кейса, который связан с шестью коренными процессами, способствующими психологической гибкости (см. на рисунке в главе 1), рекомендуется при применении АСТ в предписывающей манере, чувствительной к идиосинкратическим потребностям каждого клиента. Если же оказывается, что наблюдаемое проявление депрессии выполняет какую-то другую функцию — например, в результате нехватки у клиента социальных навыков, — то в качестве главной интервенции следует рассмотреть возможность применения какого-либо альтернативного терапевтического подхода, такого как обучение социальным навыкам [*Hersen* et al., 1984; *Lewinsohn* & *Gotlib*, 1995], а АСТ в этом случае, возможно, будет играть вспомогательную роль.

## Альтернативные пути к депрессии

Как неоднократно указывалось, АСТ рекомендуется как достаточно эффективный вариант лечения во всех случаях, когда проявления депрессии у клиента выполняют функцию экспериенциального избегания. Степень, в которой "антипод" каждого из шести коренных процессов, составляющих шестиугольник, способствует развитию депрессии, изменяется от случая к случаю. Соответственно, мой собственный опыт говорит о том, что активация и импликация патогенных процессов, которые ведут к депрессии и психологической негибкости, может происходить несколькими путями. Эта глава начиналась с объяснения, возможно, самого распространенного пути к депрессии и завершается рассмотрением нескольких альтернатив. Прежде чем перейти к их рассмотрению, следует отметить, что никакие из этих альтернативных путей не являются взаимоисключающими в отношении основного пути, обсуждавшегося выше, а также друг по отношению к другу.

Как известно, все дороги ведут в Рим. К депрессии ведут, конечно же, не все пути, но многие из путей наверняка ведут к депрессии.

## *Преследование целей, несовместимых с ценностями*

Специалисты по психическим расстройствам зачастую указывают на разницу между *реактивной депрессией* и *эндогенной депрессией*. Считается, что первая вызывается событиями в окружении человека и внезапными переменами в его жизни, а вторая вызывается внутренними процессами, имеющими биологическую основу [*Beckham, Leber, & Youll,* 1995]. Вообще говоря, считается, что случаи реактивной депрессии провоцируются негативно "заряженными" жизненными событиями, такими как развод, потеря работы или смерть любимого человека. Однако давно было замечено, что некоторые случаи реактивной депрессии, очевидным и парадоксальным образом, наступают после успешного достижения цели, а не после провала в каких-либо начинаниях или неудачных попыток достичь цели [*Carlisle,* 1938]. Как ни странно, достигнутая цель, которая предшествует появлению "депрессии успеха", зачастую оказывается целью, достижение которой является кульминацией длительных и изнурительных усилий (например, долгожданное повышение по службе или крупное достижение на работе). Джозефу Кэмпбеллу приписывают следующее высказывание: "Середина жизни наступает, когда вы достигаете вершины лестницы и приходите к выводу, что лестница, оказывается, была приставлена не к той стене, к какой нужно" [*Shellenbarger,* 2005, p. 265].

### Депрессия успеха

Мартин Зелигман [*Martin Seligman,* 1975] был первым, кто предложил когнитивно-поведенческое описание депрессии успеха как продолжение своей теории благоприобретенной беспомощности. Предлагались и другие объяснения на основе теории благоприобретенной беспомощности с социально-психологическим уклоном [*Berglas,* 1990], а также с психодинамической точки зрения [*Carlisle,* 1938]. Таким образом, я вовсе не утверждаю, будто представленное ниже описание является

единственно возможным разумным объяснением депрессии успеха. Еще важнее, однако, то, что здесь излагается альтернативный путь, с точки зрения АСТ, который может вести к клинической депрессии.

Можно ожидать, что лишь преследование и достижение целей, совместимых с ключевыми ценностями человека, может способствовать ведению им полноценной и осмысленной жизни, свободной от депрессии. Например, назначение на должность главы компании может оказаться для человека разочаровывающим опытом (естественным следствием чего станет развитие депрессии), если такая цель не связана с нынешними ценностями этого человека. Как бы умело и успешно ни поднимался человек по лестнице, такой подъем приведет лишь к разочарованию, если лестница приставлена к стене, лишенной ценностей. Есть несколько более мелких "тропинок", которые могут вливаться в этот магистральный путь и способствовать развитию депрессии. Ценности нередко меняются, а усвоение новых и отказ от прежних ценностей как динамический, поведенческий процесс также может со временем претерпевать изменения. Показательным примером может служить перемена религиозных убеждений [*Williams,* 2006], но более частыми обычно оказываются менее драматичные примеры. То, что мы ценили в молодости (например, стремление молодых людей пользоваться успехом у окружающих), далеко не всегда ценится людьми среднего возраста, для которых гораздо важнее сохранять хорошее здоровье и быть хорошими дедушками и бабушками для своих внуков. Соответственно, достигнутая цель, которая вызывает депрессию успеха, возможно, была совместима с ценностями человека, когда он принимал решение бороться за достижение этой цели, но с течением времени, когда у него появились новые ценности, а прежние его ценности отошли на второй план, статус этой цели понизился, а к моменту, когда человек достиг ее, она перестала соответствовать его новой системе ценностей. То обстоятельство, что рассматриваемая цель уже не соответствует системе ценностей человека, может стать болезненно очевидным, лишь когда она будет достигнута. В этот момент может потребоваться прояснение и идентификация тех или иных ценностей терапевтическим путем, и лишь после этого можно сформулировать более значимые жизненные цели.

## Роль управления правилами

Другие "тропинки", которые могут способствовать тому, что человек начинает преследовать цели, несовместимые с его ценностями, бывают более тесно связаны с языковым контролем посредством управления правилами. *Правила,* с точки зрения ТРФ, определяются функционально как фреймы координации между двумя реляционными сетями, которые контролируют поведение [*Barnes-Holmes, O'Hora, Roche, Hayes, Bissett, Lyddy,* 2001], но, в целях данного обсуждения, могут рассматриваться проще — как языковые или вербальные стимулы, которые оказывают контролирующее влияние на поведение. Инструкции, советы, предложения, команды и требования — вот некоторые типичные формы, которые могут принимать правила. Например, "Держите курс на запад" и "Вставьте штырек *Б* в гнездо *А*" являются примерами правил. Поскольку каждый из нас, будучи вербально грамотным человеком, располагает определенными "репертуарами" речи и выслушивания, мы можем придерживаться правил, сформулированных нами самими, а также правил, сформулированных для нас другими людьми. Следование объективным обстоятельствам и следование рекомендациям являются двумя функциональными элементами исполнения правил [*Zettle* & *Hayes,* 1982], которые, по-видимому, наиболее релевантны для понимания того, почему человек активно преследует цели, которые не связаны с его ценностями.

**Следование объективным обстоятельствам.** *Следование объективным обстоятельствам* — это управляемое правилами поведение под контролем очевидного соответствия между данным правилом и тем, как устроен мир, независимо от того, кто (или что) является источником этого правила [*Barnes-Holmes* et al., 2001, *Zettle* & *Hayes,* 1982]. Правило, которое контролирует следование объективным обстоятельствам, называется *треком.* Например, мы могли бы ожидать, что некто будет следовать совету "Быстрее всего можно добраться до Уичито из Канзас-Сити, если ехать по автомагистрали, связывающей эти два города между собой" (как правилу, или треку), если на самом деле ему нужно как можно быстрее добраться до Уичито, безотносительно конкретной формы, в которой был получен этот совет. Поскольку мир автомагистрали,

связывающей Уичито и Канзас-Сити, существует независимо от совета воспользоваться этой автомагистралью, нам безразлично, узнаем ли мы об этом из какого-либо туристического руководства или от какого-то человека. Представьте на мгновение психологический эффект от следования, например, такому правилу: "Завершите курс обучения в колледже, женитесь, купите дом — и будет вам счастье на всю оставшуюся жизнь". Последовав ему, вы придете к выводу, что счастье не является конечным результатом следования этому совету. Один из вариантов действий в этот момент заключается в том, чтобы остановиться и произвести переоценку ценностей. К сожалению, еще один вариант действий в этот момент заключается в том, чтобы добавить в нашу "формулу счастья" что-нибудь еще (например, завести ребенка, получить высокую руководящую должность) и продолжать действовать в том же духе, поскольку, если вы прекратите следовать данному правилу, то можете обозначить его как "неправильное". Коротко говоря, по меньшей мере некоторые случаи депрессии являются, по-видимому, результатом того, что клиенты предпочитают "быть правыми" *и* не добиваться, чтобы их жизнь работала на них, вместо того чтобы получить опыт "совершения ошибки" *и* вести полноценную жизнь.

**Следование рекомендации.** *Следование рекомендации* (или *соглашательство*) — это управляемое правилами поведение под контролем очевидных социально опосредованных последствий для обеспечения соответствия между самим правилом (которое называется *пожеланием*) и релевантным поведением. Примером следования рекомендации может служить выбор автомагистрали от Канзас-Сити до Уичито не потому, что это самый быстрый путь между этими двумя городами, а просто потому, что я порекомендовал вам этот путь, особенно если в прошлом я избирательно поощрял ваше следование моему совету. В отличие от данного примера, где рекомендацию дает кто-то другой (в этом случае я), мы можем выдавать рекомендации сами себе, а затем твердо придерживаться их. Например, вербальная конструкция "Если я не чувствую себя счастливым, это значит, что со мной что-то не в порядке" может вести к неукоснительному, всепоглощающему, но в конечном счете неосуществимому стремлению к счастью. Самостоятельно сформулированные

рекомендации ограничивают психологическую гибкость и приводят к тому типу поведенческой нечувствительности к внешним обстоятельствам поощрения, который задокументирован в лабораторных исследованиях управления правилами (см. [*Catania*, *Matthews*, & *Shimoff*, 1982]; [*Hayes*, *Brownstein*, *Haas*, & *Greenway*, 1986]; [*Hayes*, *Brownstein*, *Zettle*, *Rosenfarb*, & *Korn*, 1986]; [*Hayes*, *Zettle*, & *Rosenfarb*, 1989]; [*Shimoff*, *Catania*, & *Matthews*, 1981]). Например, бескомпромиссная и неукоснительная погоня за счастьем может длиться очень долго, несмотря на то что это приносит лишь весьма незначительный результат в краткосрочной перспективе.

Многие рекомендации можно идентифицировать путем использования повелительных терминов, таких как "следует", "нужно" или "должен" (хотя такая идентификация не вполне надежна), поскольку рекомендации определяются функционально (по их влиянию на поведение), а не по их формальным свойствам (например, по тому, как они сформулированы или произносятся). Допустим, клиент формулирует следующую рекомендацию (и придерживается ее): "Чтобы чувствовать себя значительной личностью, я *должен* выглядеть успешным человеком". Такое правило создает скоординированную вербальную сеть, в которой "достижение конкретных целей *равняется* выглядеть успешным человеком", а "выглядеть успешным человеком *равняется* высокая самооценка". Таким образом, этот клиент может энергично и успешно преследовать цели, которые не соответствуют его личным ценностям, но служат поддержанию достойного концептуализированного *Я*. Однако вполне возможно, что со временем и по мере накопления успехов этот клиент начинает рассматривать преуспевающий внешний вид как эквивалент обманчивого внешнего вида ("выглядеть успешным человеком *равняется* иметь обманчивый внешний вид"). Если же обманчивый внешний вид также участвует во фрейме координации с пониженной самооценкой ("иметь обманчивый внешний вид *равняется* пониженная самооценка"), то формируется вербальная сеть, которая приводит к "синдрому самозванца", который ("выглядеть успешным человеком *равняется* пониженная самооценка"), в свою очередь, оказывается связанным с депрессией [*Kolligan* & *Sternberg*, 1991]. Как только образуется

такой "странный замкнутый контур", дальнейшие усилия по поддержанию угрожаемого концептуализированного *Я* путем погони за еще бо́льшими успехами могут вызвать лишь еще большее отчаяние и депрессию.

## *Неспособность преследовать цели, совместимые с ценностями*

Иногда создается впечатление, что те, кто преследует цели, совместимые со своими ценностями, ведут полноценную, активную жизнь, хотя на самом деле они страдают от депрессии. Если вспомнить о главном пути, который может привести к депрессии (см. в начале этой главы), когда попытки контролировать дисфорию приводят к обратным результатам, то же самое можно сказать и о тех, кто активно, но безуспешно преследует цели, совместимые со своими ценностями. Однако это не относится к тем, кто просто отказался преследовать цели, совместимые со своими ценностями, в результате чего они ведут, подобно Генри Торо, "жизнь тихого отчаяния". В некоторых случаях люди, по-видимому, четко осознают, в каких конкретных результатах должны выражаться такие цели, но считают себя неспособными достичь их ("Зачем терять понапрасну время?"). Это может иметь место особенно в тех случаях, когда достаточно ограниченный массив целей связан с базовыми ценностями. Например, хотя стопроцентное финансирование обучения внука в колледже может не представляться дедушке достижимой целью, он может определить для себя более реальные, краткосрочные цели, которые могут соответствовать такой его базовой ценности, как "быть хорошим дедушкой" (например, проводить больше времени с внуком).

Более серьезная терапевтическая проблема возникает в случае, когда клиент заявляет, что не знает, в чем заключаются его ценности, или, как вариант, когда у него вообще нет ценностей. ACT не принимает такого рода заявления буквально — особенно заявления об отсутствии у клиента каких-либо ценностей, — но пытается уяснить функцию экспериенциального избегания, выполняемую таким вербальным поведением. Незнание того, в чем именно заключаются наши ценности, препятствует болезненному осознанию того факта, что мы не движемся

в направлении, соответствующем нашим ценностям. Невежество далеко от блаженства в этом контексте, но оно по крайней мере позволяет эффективно избегать краткосрочного страдания — правда, за счет ограничения психологической гибкости и дальнейшего увязания в депрессии. Можно утверждать, что в таких случаях мы являемся свидетелями неспособности клиента достичь целей, совместимых с его ценностями. Очевидно, что у депрессивного клиента когда-то были ценности. Есть они у него и сейчас — возможно, даже те же самые, о которых он просто "забыл", — но, психологически, осознание дистанции между такими ценностями и нынешней жизненной ситуацией этого клиента оказывается чересчур эмоционально болезненным для него. С точки зрения ACT, там, где вы находите ценности, там же вы находите и страдание, а там, где вы находите страдание, вы находите и ценности [*Wilson,* 2005]. Заявление клиента о том, что "У меня когда-то были надежды и мечты, но жизнь нанесла мне столько чувствительных ударов, что я уже не могу позволить себе мечтать", является показательным примером динамической связи между ценностями и болезненными последствиями отказа от них. В главе 4 мы рассмотрим подробнее способы терапевтического реагирования на проявления депрессии, которые оказываются результатом следования этим путем.

## *Депрессия как форма экспериенциального избегания*

Согласно главному пути к депрессии, о котором мы рассказывали в начале этой главы, депрессия является, вообще говоря, следствием стремления "не чувствовать себя плохо", и в частности — следствием бегства от дисфории. Помимо того что депрессия порождается экспериенциальным избеганием, она сама может выполнять функцию избегания, мешая нам войти в контакт с еще более базовыми и угрожающими психологическими экспириенсами. Клиенты в таких обстоятельствах могут предпочитать оставаться в состоянии достаточно комфортного для них оцепенения и неподвижности, погрузившись в свою депрессию, вместо того чтобы брать на себя риски, которые заключают в себе еще потенциально бóльшие психологические опасности. Например, погружение в депрессию может поддерживать клиента

в столь социально-отстраненном состоянии, что ему удается успешно избегать страхов, связанных с близостью и межличностным отвержением ("Лучше уж никогда не быть любимым, чем полюбить человека и потерять его").

Кроме того, в некоторых случаях депрессия может обеспечивать защиту от разочарования, вызванного неспособностью достичь поставленной цели (например, "Лучше уж вообще не добиваться повышения в должности, чем добиваться и потерпеть неудачу"). Таким образом, гипотетическое, концептуализированное *Я*, которое могло бы добиться повышения в должности, если бы не депрессия, поддерживает некое подобие компетентности. Хотя это, по-видимому, требует дальнейшего эмпирического исследования, побочные эффекты депрессии, потенциально реализующие поведенчески и диспозиционно базирующуюся стратегию отношения к себе как неполноценной, ущербной личности [*Higgins* & *Berglas,* 1990; *Snyder,* 1990], невозможно устранить полностью. Вербально построенная сеть, поддерживающая депрессию в этой возможной роли, может действовать примерно так, как показано ниже.

- Я испытываю депрессию, испытываю ее сейчас, и буду продолжать испытывать ее в дальнейшем.
- У меня депрессивное состояние.
- У людей, страдающих депрессией, наблюдается пониженная трудоспособность, поэтому они не могут рассчитывать на продвижение по службе.
- Пока у меня депрессия, моя производительность на работе будет оставаться низкой, поэтому у меня нет никаких оснований рассчитывать на повышение в должности.

## *Приоритет уверенности в правильности своих действий*

Некоторые из психологических последствий уверенности в правильности своих действий рассматривались выше при обсуждении того, как человек, пытаясь достичь целей, совместимых с его ценностями, может неукоснительно следовать определенным правилам. Однако приоритет

уверенности в правильности своих действий приобретает дополнительную важность для понимания депрессии, когда он распространяется на более обширные вербальные сети. Самой обширной из таких вербальных или реляционных сетей, которую строит каждый из нас, является история нашей собственной жизни. Она состоит из фактической, автобиографической информации (например, где мы выросли, пошли в школу, и т.п.), но, что важнее, она также включает вплетенные фреймы, которые создают убедительный, логически последовательный жизненный нарратив, сопоставляя разные факты между собой, с нашей прошлой психологической историей и текущими экспириенсами, а также с нашим концептуализированным *Я*. В то время как определенные факты автобиографической информации являются непреложными, повествование об этих фактах, которое мы конструируем и излагаем, непреложным не является. Таким образом, психологическая гибкость возможна, поскольку одну и ту же жизнь можно описать множеством разных историй. Изложение истории жизни человека можно рассматривать как *формулирование причин*, или предоставление объяснения или оправдания чего-либо. Точно так же, как для обоснования какого-то определенного действия можно предоставить многочисленные причины, для обоснования прошлой и нынешней жизни конкретного человека также можно предоставить многочисленные причины (в форме нескольких вариантов истории одной и той же жизни).

Психологическая гибкость утрачивается и неизбежно возникает депрессия, когда происходит слияние с жизненными историями, которые особенно травматичны и вызывают грязную боль. В таких случаях клиенты могут настолько тесно идентифицировать себя с созданным ими самими нарративом, якобы объясняющим причину их депрессии, что у них просто не остается "пространства для маневра", т.е. возможностей улучшить свое состояние. Действительно, если человек живет *и* при этом страдает депрессией, это может указывать на то, что он ошибается, отвергая такую историю жизни, которая прежде всего предлагает правдоподобное объяснение возникновения депрессии. Воспользуемся терминами ТРФ в несколько упрощенном виде: если депрессия участвует в некой координированной сети с историей жизни (такой, что "депрессия *равняется* истории жизни"), то депрессия никуда не денется до тех пор,

пока не изменится история жизни. Если клиент воспринимает саму эту историю как фактическое объяснение, а не как некий сконструированный нарратив, то ее изменение должно означать, что клиент "заблуждается" (и, по всей вероятности, в течение какого-то времени "заблуждался") по поводу изложенных им фактов.

Эта история жизни может оказаться особенно неподатливой к изменению, если травматические события, которые являются частью ее, приписываются действиям или бездействию других людей. Убежденность клиента в собственной правоте, которая возникает в таких обстоятельствах, может усложнять терапевтическую задачу, поскольку "улучшение состояния" теперь не только несовместимо с "правотой" относительно данной истории жизни, но и с содержащимися в ней частями, касающимися "неправильных действий" (например, "Учитывая то, как плохо со мной обращались, мне не оставалось ничего другого, как впасть в депрессию"). Сама по себе депрессия может использоваться как постоянное напоминание "обидчикам" о причиненном ими вреде. Коротко говоря, собственная правота и потребность обвинить в своих несчастьях кого-нибудь другого берут верх над необходимостью изменения в лучшую сторону. В своих крайних проявлениях этот процесс может, к сожалению, создать еще один мотив к самоубийству — мотив мести. В частности, определенные реляционные сети могут выполнять усиливающую функцию в отношении суицидального поведения, которое уже может, в той или иной степени, иметь место из-за влияния других факторов [*Chiles* & *Strosahl,* 2005]. *Усиление* является третьим и последним функциональным элементом поведения, управляемого правилами [*Zettle* & *Hayes,* 1982], и оказывает свое влияние на поведение, изменяя степень, в которой определенные события выполняют функцию поощрения или наказания. *Усиливающим* является вербальное поведение, которое повышает привлекательность акта суицида. Чилес и Штросаль [*Chiles* & *Strosahl,* 2005] предлагают следующий ужасный пример: "Я хочу, чтобы моя мать страдала за все те несчастья, которые она принесла мне" (p. 138). В главе 10 мы расскажем подробнее о том, как ACT решает проблему суицидальности в целом, а также в случаях, подобных упомянутому выше.

## Заключение

Не все случаи униполярной депрессии выполняют функцию экспериенциального избегания и, следовательно, рекомендуются к лечению с помощью АСТ. Даже те, которые выполняют такую функцию, могли возникнуть разными путями и, соответственно, могут лечиться несколько по-разному, согласно методу концептуализации кейса в рамках АСТ. Нежелание принимать дисфорию, которая возникает естественным путем из утраты и безуспешной попытки достичь цели, и попытки активно убегать он нее считаются основным путем, который делает депрессию столь депрессивной. Альтернативные и частично пересекающиеся пути также возможны, но их невозможно отличить друг от друга, пользуясь критериями разных депрессивных расстройств, указанными в *DSM*. Один и тот же основной путь, который указан в этой главе, может вести к любому из депрессивных расстройств, а два гипотетических случая большой депрессии (или, если уж на то пошл*о*, даже дистимического расстройства и депрессивного расстройства NOS) могут возникать разными путями.

Таким образом, при использовании АСТ простое знание депрессивного диагноза данного клиента обладает весьма ограниченной полезностью с точки зрения предстоящего лечения. Как было показано в этой главе, депрессия может возникать разными путями. В той степени, в какой эти пути активизируют и обусловливают негативные процессы, которые вносят свой вклад в психологическую негибкость, более полезным было бы уяснение конкретного пути или сочетания путей, приводящего к возникновению депрессии у каждого клиента. Однако еще более полезным представляется оценивание и концептуализация степени, в которой каждый из таких патогенных процессов оказывается задействованным в каждом конкретном случае депрессии. В следующей главе мы расскажем подробнее об этих процессах, которые были лишь кратко упомянуты нами в главе 1.

# ГЛАВА 3

# Патогенные процессы при депрессии

В главе 1 мы упомянули, с точки зрения АСТ, ряд процессов, которые, как считается, способствуют, в частности, развитию депрессии, а также, в более общем случае, других форм человеческого страдания. Вы, наверное, помните, что у этих патогенных процессов есть соответствующие коренные процессы, которые способствуют повышению психологической гибкости. В приведенном ниже списке перечислены патогенные процессы при депрессии (в скобках указаны соответствующие им процессы, которые способствуют повышению психологической гибкости).

- Соединение, или слияние (разделение)
- Экспериенциальное избегание (принятие)
- Руминация (контакт с текущим моментом)
- Привязанность к ущербному концептуализированному *Я* (*Я* как контекст)

Цель данной главы — ознакомить вас подробнее с патогенными процессами и создать таким образом связь между главой 1 и главой 4, в которой мы рассмотрим их оценку.

АСТ можно представлять себе как метод ослабления и подрыва патогенных процессов, таких как соединение и экспериенциальное избегание, которые связаны с "темной стороной" человеческого языка, с одновременным усилением процессов-антагонистов, таких как разделение и принятие, а также процессов (таких, как изменение ценностей и ответственные действия), которые являются отражением "светлой стороны" человеческого языка. Построение АСТ таким способом, несомненно, не является неправильным, но кажется довольно ограниченным и, возможно, не самым полезным способом решения данной задачи. Это

объясняется тем, что шесть процессов, представленных шестиугольником (глава 1), имеют для нас критически важное значение лишь в той мере, в какой они способствуют повышению психологической гибкости.

Например, разделение как таковое (или, говоря по-другому, "разделение ради разделения") не может считаться важной терапевтической целью. В зависимости от обстоятельств и конкретного мышления, о котором идет речь, соединение (слияние) может фактически оказаться весьма полезным. "Вера" в ожидания собственной эффективности [*Bandura,* 1997], подобно Паровозику, который верил в себя, из одноименной детской сказки ("Я думаю, что смогу — Я думаю, что смогу"), помогает поддерживать бодрость и непоколебимость духа перед лицом неблагоприятных обстоятельств [*Piper, Hauman,* & *Hauman,* 1978]. Для ваших депрессивных клиентов мысль "Моя жизнь может улучшиться", вероятнее всего, является полезной мыслью, тогда как мысль "Моя жизнь не улучшится" не может быть полезной. Разделение с первой мыслью наверняка было бы неподходящим результатом, тогда как разделение со второй мыслью, скорее всего, было бы желательно, особенно если эта мысль расхолаживает клиента и ввергает его в оцепенение. Разделение, способствующее повышению психологической гибкости, является релевантной терапевтической целью в той степени, в какой психологическая гибкость, в свою очередь, функционально связана с ведением полноценной и осмысленной жизни.

## Психологическая гибкость в сравнении с психологической негибкостью

Проводившиеся ранее исследования задокументировали значительную и вполне ожидаемую связь между психологической гибкостью, как она оценивается анкетой Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; [*Hayes, Strosahl, Wilson* et al., 2004]), и уровнями депрессии, как их оценивают клиенты [*Garst* & *Zettle,* 2006]. Кроме того, другой недавний проект, реализованный в моей исследовательской лаборатории [*Gird* & *Zettle,* 2007], указывает на то, что лица, демонстрирующие высокие уровни психологической негибкости или ригидности, как она оценивается

анкетой AAQ, реагируют на дисфорию так, что это лишь усугубляет их общий уровень эмоционального дистресса и действует параллельно процессу, обсуждавшемуся в предыдущей главе и трансформирующему чистую боль в грязную боль. В частности, психологически ригидные лица реагировали на вызываемое у них дисфорическое настроение значительно бо́льшим дистрессом, чем более гибкие участники исследования, несмотря на то что исходные уровни "наведенного" (индуцированного) настроения у этих двух групп участников были соизмеримыми.

Как указывалось в главе 1, вам необходимо помнить о том, что психологическая гибкость и ее антипод — психологическая негибкость, или ригидность — определяются функционально по отношению к выполнению образа действий, соответствующего ценностям клиента. Психологическая гибкость дает нам возможность вести полноценную и осмысленную жизнь множеством способов, тогда как психологическая негибкость сковывает нас по рукам и ногам.

## *Форма против функции*

Поскольку психологическая гибкость и психологическая негибкость определяются функционально, то временами они могут принимать одинаковые формы, в результате чего отличить одну форму от другой бывает весьма затруднительно. Хорошим примером в этом отношении являются упорство и настойчивость. Подчас, чтобы хранить верность своим ценностям, необходимо упорно и настойчиво реализовывать свое жизненное призвание [*Wilson* & *Murrell,* 2004]. Замечательная жизнь д-ра Альберта Швейцера и матери Терезы, которые последовательно отстаивали свои ценности и действовали во имя чего-то, что казалось им самым важным в их жизни, может служить показательным примером этого процесса, несмотря на то что обоим в конечном счете не удалось избавить наш мир от болезней, голода, бедности и прочих форм человеческого страдания. Напротив, в другие времена и при других обстоятельствах, твердое следование намеченному курсу и упрямое продолжение однажды выбранного образа действий является дисфункциональным и способствует поддержанию грязной боли клинической депрессии. Например, руминация вряд ли принесет клиенту пользу,

с каким бы упорством он ни продолжал прокручивать у себя в голове одни и те же мысли.

Психологическая гибкость ассоциируется с расширением "поведенческого репертуара" и избавлением от ограничений, налагаемых психологической негибкостью. Однако, как следует из приведенного выше примера упорного и настойчивого преследования поставленной цели, суженный диапазон реагирования, в зависимости от конкретного контекста, может отражать психологическую гибкость в большей степени, чем психологическую ригидность. Например, студенты колледжа, демонстрирующие более высокий уровень психологической гибкости (оценивавшейся посредством анкеты AAQ), при решении трудных задач проявляли большее упорство, чем студенты, для которых характерна психологическая негибкость [*Zettle* et al., 2005; *Zettle, Petersen, Hocker, & Provines,* 2007]. Аналогично, когда человек демонстрирует склонность к частой и быстрой смене одних действий другими, это может в большей степени отражать психологическую негибкость, чем расширение "поведенческого репертуара", которое характеризует психологическую гибкость. Вспомните о бурных и хаотичных действиях, характерных для какого-либо маниакального эпизода и эмоциональной лабильности клиентов, которые могут подпадать под диагноз пограничного расстройства личности.

Всеохватывающий важный вопрос, который вы могли бы задать своим клиентам с депрессией, чтобы определить, представляет ли какая-то определенная активность — в форме наружного поведения или мышления — психологическую гибкость или психологическую ригидность, мог бы звучать так: "Насколько это помогает вам?". "Приблизило ли вас такое поведение (например, долгое лежание в постели, после того как вы проснулись утром, сопровождаемое размышлениями о том, как бы вы могли вести себя по-другому в своей супружеской жизни, и т.п.) или, напротив, отдалило от того образа жизни, который вам хотелось бы вести?" Более экстенсивный способ решения того же фундаментального вопроса — способ, который включает шесть коренных процессов, способствующих выработке психологической гибкости — предлагается Хейсом, Штросалем, Бантингом и др. [*Hayes, Strosahl, Bunting,* et al., 2004, pp. 13-14].

Учитывая разницу между вами как сознательной личностью и психологическим содержанием, которое вы пытаетесь преодолеть (*Я* как контекст) ...

готовы ли вы воспринять это содержание полностью и без сопротивления (принятие) ...

каким оно есть, а не каким оно пытается представить себя (разделение), и ...

делать то, что продвигает вас в направлении (ответственное действие) ...

избранных вами ценностей (ценности) ...

в это время и в этой ситуации (контакт с текущим моментом)?

Ответ "да" на этот вопрос повышает психологическую гибкость; ответ "нет" на тот же вопрос подтверждает психологическую негибкость.

## Типы психологической негибкости

Как указывалось выше, психологическая гибкость и психологическая негибкость (или ригидность) могут встречаться в разных проявлениях. Тем не менее, некоторые формы, принимаемые тем и другим, оказываются более типичными, чем другие. Соответственно, было бы полезно рассмотреть разные пути, какими проявляется при депрессии, например, психологическая негибкость. Это облегчило бы задачу распознавания психологической негибкости, ее ослабления и замещения ее психологической гибкостью.

### *Персеверативное мышление и поведение*

Негативная связь между неприятными аффективными состояниями (такими, как тревога или страх) и угрожающими условиями, с одной стороны, и поведенческой флюидностью, с другой стороны, давно получила признание и хорошо задокументирована. Например, выработка условно-рефлекторного отвращения у крыс приводит не только к "фиксации ответа" [*Farber,* 1948], при котором поведение избегания и бегства

принимает стереотипную и повторяющуюся форму, но и к "условному торможению" других действий, которым не удается выполнять функцию избегания/бегства [*Estes* & *Skinner*, 1941]. Таким образом, репертуар сужается, в результате чего единственными видами поведения, которые не подавляются, оказываются те, которые позволяют убежать от неприятного стимула или избежать его. Кроме того, оставшиеся реакции бегства/избегания принимают фиксированную и стереотипную форму.

## Примеры из мира животных (исключая человека)

Также было показано, что другие подготовительные мероприятия с крысами, в большей степени схожие с обстоятельствами, которые могут форсировать реактивную депрессию у людей, приводят к сокращению репертуара. Крысам, которых поначалу научили давать дискриминированный ответ, например прыгать на определенную платформу с использованием прыжкового аппарата Лэшли [*Feldman*, 1957; *Maier*, 1949] или нажимать один рычаг из двух в ящике Скиннера, ассоциирующийся с выдачей какого-либо подкрепляющего стимула или избеганием удара электрическим током [*Lal*, 1966], впоследствии создают некую неразрешимую проблему. Сигнал, который во время начального обучения исполнял роль дискриминативного стимула, теперь подается случайным образом, чтобы ранее подкреплявшаяся реакция на этот сигнал больше не сопровождалась гарантированной выдачей пищи или воды и/или избеганием удара электрическим током. Согласно теории стимула-незанятости Клингера [*Klinger*, 1975], обсуждавшейся в предыдущей главе, следовало бы ожидать, что со временем животные станут адаптивно экономить свои ресурсы, не демонстрируя никакой реакции в подобных обстоятельствах; именно так и происходит в действительности. Если, однако, их принуждают реагировать, то происходит персеверация, т.е. многократное повторение одного и того же действия. Крысы, которых принуждают реагировать с прыжкового аппарата, все время выбирают, например, прыжок влево, несмотря на то что "правильный" вариант, прыжок вправо, находится у них прямо перед глазами. Таким образом, продолжающиеся усилия по решению проблемы перед лицом неразрешимых проблем и "неблагоприятных ситуаций"

а-ля Низи [*Neese*, 2000] обычно принимают фиксированные и негибкие (ригидные) формы. Руминация, которая безуспешно упорствует в попытке контролировать дисфорию или чувство вины, угрызения совести и прочие нежелательные личные события, является, возможно, самым показательным примером этого в случае депрессии у человека.

## Примеры из мира людей

Большая часть из только что рассмотренных нами ранних исследований, которые изучали влияние неприятных условий (таких, как избегание удара электрическим током и необходимость решать неразрешимые проблемы) на поведенческую гибкость, изучала это влияние путем наблюдения наружных реакций животных (исключая человека). Как уже указывалось, функционально схожие эффекты должны были наблюдаться — и наблюдаются — у людей, страдающих депрессией. Однако можно было бы ожидать, что, вследствие нашей способности использовать язык, психологическая негибкость у людей, страдающих депрессией, будет проявляться в персеверативном мышлении, а также в наружном поведении.

Хотя далее мы вкратце поговорим о том, как руминация связана, в более общем плане, с психологической негибкостью и способствует ее укреплению, сначала представляется целесообразным рассказать о том, что является в руминации, наверное, ключевым персеверативным когнитивным компонентом. Объясняя руминацию, Пищински и Гринберг [*Pyszczynski* & *Greenberg*, 1987] утверждают, что особенно те клиенты, которые страдают реактивной депрессией, демонстрируют склонность к увязанию в саморегуляторном цикле размышлений о том, как вернуть то, что было ими утрачено. Бесконечные размышления над личными утратами приводят к "зацикливанию" на негативных самооценках, самообвинениях и том типе слияния с ущербным концептуализированным *Я*, который обсуждался в предыдущей главе. К сожалению, то, что было утрачено — в частности, как это происходит в случае смерти любимого человека, — зачастую невозможно вернуть, в результате чего человек сталкивается с неразрешимой проблемой. Эта реальность отражается, например, в таких комментариях

клиентов: "Мне никогда не удастся смириться с ее смертью", "С тех пор как он умер, моя жизнь уже не была и никогда не будет прежней" — особенно если клиент снова и снова повторяет эти слова. Чтобы избавиться от таких мыслей, клиенту может понадобиться выполнить огромный объем работы по разделению и принятию.

Ваша терапевтическая задача усложняется еще больше, если клиент обнаруживает склонность к самобичеванию (например, "Если бы я проявлял бо́льшую заботу о ней, ...") и продолжает жить в прошлом, о котором он горько сожалеет. Депрессия при таких обстоятельствах, по-видимому, четко связана с неспособностью клиента "сдаться", несмотря на то что такой вариант мог бы оказаться более адаптивным. Имея дело с такими клиентами, вам, наверное, придется затратить — в рамках АСТ — значительное время и силы, чтобы убедить клиента в тщетности бесконечного размышления над его утратой и его "самоназначенной" ответственностью за нее.

Руминацию, как указывалось выше, можно рассматривать как попытку решить неразрешимую проблему. Однако тип персеверативного мышления, наблюдаемый при руминации, также возникал при исследовании эвентуальных успешных стратегий, используемых дисфорическими и депрессивными субъектами при решении разных проблем, а это свидетельствует о том, что когнитивная ригидность может представлять собой более общую черту депрессии. Например, Мартин, Орен и Буни [*Martin, Oren,* & *Boone,* 1991] обнаружили, что уровень депрессии позволяет предсказывать персеверативные реакции при сравнении функционирования дисфорических, депрессивных и контрольных субъектов в случае использования теста на сортировку карт (Wisconsin Card Sorting Test — WCST; [*Grant* & *Berg,* 1948]). Результаты одного из ранних исследований, в ходе которого использовалась аналогичная задача сортировки карт, но которое допускало более тонкий анализ поведения при решении проблем, подтверждают, что большее число персеверативных ошибок, допускавшееся депрессивными субъектами, проходившими лечение в стационаре, может обусловливаться тем, что им было нелегко отказываться от гипотез, которые не подтвердились [*Silberman, Weingartner,* & *Post,* 1982]. Депрессивные субъекты

формулировали такое же число гипотез относительно сортировки карт, как и участники контрольной группы, но в целом действовали хуже при решении этой задачи, поскольку крайне неохотно отказывались от той или иной гипотезы, когда она не подтверждалась. Аналогичная персеверация в форме ошибок повторения и выполнения излишних испытаний гипотез, касающихся решения проблем, также наблюдалась при сравнении того, насколько правильно дисфорические и контрольные субъекты идентифицируют ошибочный элемент, содержащийся в матрице монтажных схем [*Channon* & *Baker,* 1996].

Последние формы персеверативного мышления и поведения, демонстрируемые депрессивными субъектами, задокументированы при генерировании случайных чисел и в ходе компьютерной игры. Депрессивные психиатрические пациенты стационара демонстрировали бо́льшую персеверацию при генерировании случайных чисел, чем контрольные субъекты, а также другие пациенты стационара, у которых были диагностированы расстройства личности, но демонстрировали меньшее число повторений одной и той же последовательности чисел, чем те, у кого была диагностирована шизофрения [*Horne, Evans,* & *Orne,* 1982]. Интересный сопутствующий результат заключается в том, что генерирование последовательностей неслучайных чисел положительно коррелировано со степенью психиатрического расстройства и что переход к рандомности связан с терапевтическим улучшением. Наконец, умеренно депрессивные студенты колледжей демонстрировали меньшую вариабельность своих реакций в ходе компьютерной игры, чем недепрессивные студенты, хотя поведение этих двух групп стало неразличимо, когда без предупреждения изменялись дополнительные обстоятельства, чтобы усилить таким образом переменные последовательности реагирования [*Hopkinson* & *Neuringer,* 2003].

Подытоживая сказанное, следует отметить, что выполненные к настоящему времени исследования по данному вопросу в целом подтверждают широко распространенное клиническое наблюдение, что депрессивные клиенты зачастую бывают склонны к персеверативному мышлению и открытому поведению [*A. T. Beck,* 1967]. О некоторых более очевидных и, возможно, клинически релевантных примерах мы уже

упоминали, а на другие мы будем ссылаться в некоторых из оставшихся разделов этой главы. Менее драматичные и более "тонкие" формы поведенческой ригидности, которые вы можете наблюдать у своих депрессивных клиентов, могут включать односложно краткие и стереотипные ответы на вопросы, например повторяющиеся ответы "Хорошо" или "Нормально" на вопрос о том, как клиент провел свои выходные или как ему удалось справиться с каким-то конкретным делом. В таких случаях терапевт может попытаться расспросить клиента о каких-то подробностях, а также позаботиться о том, чтобы самому не донимать клиента однообразными вопросами, попытавшись варьировать форму своих вопросов. Можно, например, спросить у клиента: "Что вам понравилось больше всего в том, как вы провели свои прошлые выходные?", вместо того чтобы спрашивать: "Как прошли ваши выходные?" Полагаю, следует рассмотреть возможность периодического изменения времени, на которое вы назначаете визит клиента, приема клиента в разных кабинетах, изменения обстановки в кабинете, или даже предложения клиенту, который является к вам каждый раз в одном и том же наряде, в следующий раз сменить свой наряд — хотя у меня нет каких-то конкретных данных относительно потенциальной полезности таких мер. Короче говоря, — особенно в свете исследований, показывающих, что недепрессивные люди, не склонные к повторению одних и тех же ответов, сообщают о более стабильных уровнях вины, и что высокие уровни невротического состояния указывают на наличие депрессии, лишь когда сочетаются с поведенческой негибкостью [*Robinson, Wilkowski, Kirkeby, & Meier*, 2006] — все, что заставляет ваших клиентов мыслить и действовать по-другому, способно помочь им (пусть даже кратковременно) освободиться от пут психологической ригидности, способствующей поддержанию депрессии.

## *Руминация*

Хотя мною уже много сказано о том, как руминация способствует психологической негибкости, наблюдающейся при клинической депрессии, ее ключевой статус, возможно, позволяет сделать еще несколько ценных наблюдений. Степени руминации и депрессии коррелированы

между собой [*Smith* et al., 2006], но они, несомненно, могут существовать независимо друг от друга. Какая-то степень руминации встречается сама по себе, без какой-либо связи с депрессией, и разные депрессивные клиенты склонны к руминации в разной степени. Соответственно, по меньшей мере два проекта исследовали относительный "вклад", который руминация и депрессия — как по отдельности, так и в сочетании друг с другом — вносят в поведенческую ригидность.

Уоткинс и Браун [*Watkins* & *Brown,* 2002] использовали одну и ту же задачу генерирования случайных чисел, разработанную Хорни и др. [*Horne* et al., 1982], для оценивания дифференциального влияния наведенной руминации, в сравнении с наведенным отвлечением, на результативность действий депрессивных и контрольных субъектов. Был выявлен интерактивный эффект, при котором наведенная руминация — в сравнении с наведенным отвлечением — приводила к росту персеверативного генерирования чисел лишь у депрессивных субъектов. В состоянии наведенного отвлечения не было выявлено никакой разницы между этими двумя группами сравнения, из чего следует, что депрессивные субъекты, склонные к руминации, вероятнее всего, демонстрируют негибкость. Однако корреляционное исследование с использованием теста WCST также показывает, что руминация — независимо от депрессии — может способствовать персеверации [*Davis* & *Nolen-Hoeksema,* 2000]. Студенты колледжа, сообщившие о своей большой склонности к руминации, при выполнении теста WCST совершили значительно большее число персеверативных ошибок, чем студенты, не предрасположенные к руминации, даже после того как различия в уровне депрессии учитывались статистически.

## Соображения, касающиеся оценки

Существует несколько способов определить, предрасположены ли ваши депрессивные клиенты к высокой степени руминации. Формальным, объективным способом является использование такого инструмента, как анкета Response Styles Questionnaire (RSQ; [*Nolen-Hoeksema* & *Morrow,* 1991]), которая предназначена для оценивания склонности руминации. Еще один вариант заключается в том, чтобы задать клиенту такой

например, вопрос: "Сколько времени вы затрачиваете на размышления о том, почему вы страдаете депрессией, и о том, что все это означает?" Или, как альтернативный вариант: "Если в вашем распоряжении оказывается немного свободного времени, как вы обычно проводите его?" Поскольку у многих депрессивных клиентов руминация оказывается излюбленным занятием, окончательный и неформальный способ выявить это заключается в том, чтобы просто выслушать спонтанные комментарии ваших клиентов. Несмотря на то что вербальное поведение всегда следует рассматривать функционально, высказывания типа "Хотел бы я понять, почему я чувствую себя именно так, а не иначе" или "Я лишь пытаюсь понять, что я такого сделал, чтобы заслужить это наказание" являются вероятными "саморазоблачениями".

## *Формулирование причин*

Большинство из нас (если не все мы) вполне естественно пытаемся докопаться до возможных причин неприятных психологических состояний, наподобие депрессии. Одна из очевидных целей руминации заключается в получении возможных ответов на вопрос "Почему у меня возникла депрессия?" [*Zettle* & *Hayes*, 2002]. Иногда вам могут встречаться клиенты, у которых до визита к терапевту еще не выработалось представление о совокупности возможных причин своей депрессии; они могут испытывать сильный дистресс в связи с этим и могут даже представлять вопрос, который не дает им покоя, как центральную проблему, которую нужно решить в процессе лечения. Инсайт-ориентированные подходы к терапии наверняка отнеслись бы к такому вопросу совершенно серьезно, уделив много времени, сил и энергии попыткам дать на него прямой ответ. Подход ACT к депрессии также относится вполне серьезно к подобным вопросам, однако главным образом потому, что они могут поведать нам что-то важное о том, каким путем двигался к депрессии человек, задающий такие вопросы. Как указывалось в предыдущей главе, подобные случаи "депрессии от успеха", возможно, являются результатом преследования целей, несовместимых с ценностями данного человека, и, с позиций метода концептуализации кейса, в процессе терапии могут лечиться несколько по-другому.

По крайней мере, как свидетельствует мой личный клинический опыт, для депрессивных клиентов более характерно приступать к терапии с уже готовыми побочными продуктами своих дотерапевтических руминаций. Случаи, когда клиенты приходили к терапевту с уже готовыми представлениями о причинах своей депрессии, могут, на первый взгляд, показаться более легкими в лечении, поскольку терапевту не приходится тратить время, чтобы найти ответ на вопрос "почему?" К сожалению, на это не приходится рассчитывать по нескольким причинам. Во-первых, зачастую клиент путает свои объяснения, или *предположения* относительно причин его депрессии с истинными причинами. Иными словами, клиент твердо убежден в правильности выявленных им причин депрессии (например, "Если бы я не потерял работу, у меня не было бы депрессии").

Проблема здесь не столько в этом слиянии (путанице) предположений с истинными причинами, сколько в том, что оно сопровождается дополнительным слиянием с тем, как формируется связь между предполагаемыми причинами и лечением депрессии (например, "Чтобы успешно вылечить депрессию, нужно выявить и устранить ее причины"). Причины, по определению, уже возникли, хотя в некоторых случаях они могут продолжать существовать и, следовательно, как правило, оказываются недоступны, даже когда они включают внешние события, такие как потеря работы или разрыв отношений между любящими друг друга людьми. К сожалению, восприятие предположений о появлении депрессии как ее причин порождает еще бóльшую терапевтическую проблему, когда в качестве предположений выдвигают такие личные события, как негативные, нежелательные мысли и связанные с ними чувства вины, печали, сожаления и тому подобного, что невозможно успешно устранить. В таком случае все мы, по-видимому, склонны указывать на свои собственные мысли и чувства как на стимулы, вызывающие появление нежелательного поведения, и более того — считать их "убедительными" объяснениями [*Hayes,* 1987]. Объяснения возникновения депрессии, особенно когда клиент указывает на личные события, представляют собой еще одну форму психологической ригидности, которая способствует поддержанию депрессии. Если объяснениями моей

депрессии, как я вижу ее, являются самообвинение и вина, связанные с каким-то событием моей прошлой жизни, то я ничего не могу поделать со своей депрессией до тех пор, пока мне не удастся избавиться от этих чувств. Однако согласно модели, на которой базируется ACT, чем больше усилий мы прикладываем для избавления от таких эмоций, тем сильнее они становятся и тем прочнее укореняются в нас.

## Соображения относительно оценивания

Объяснения клиентом причин возникновения депрессии, подобно руминации, можно выявить как более объективными, так и менее формальными способами. В то время как в следующей главе будут изложены дополнительные соображения по поводу оценки предположений клиентов относительно причин возникновения у них депрессии, исследования, которые предусматривали их формальное оценивание, подтверждают ранее проводившиеся клинические наблюдения, касающиеся этого процесса и его вклада в психологическую негибкость. Для оценивания объяснений причин возникновения депрессии, которые предлагалось найти выборке студентов колледжа, применялась анкета Reasons for Depression Questionnaire (RFD; [*Addis, Truax, & Jacobson,* 1995; *Thwaites, Dagnan, Huey, & Addis,* 2004]). Полученные таким образом оценки оказались тесно связанными как с депрессией, так и с психологической негибкостью, причем депрессия оценивалась с помощью анкеты BDI, а психологическая негибкость оценивалась с помощью анкеты AAQ [*Garst & Zettle,* 2006]. Регрессионный анализ показал, что RFD и AAQ независимо друг от друга и в существенной мере «ответственны» за изменчивость результатов, полученных с помощью BDI, что соответствует концептуализации выдвижения предположений как процесса, который способствует психологической гибкости, но не синонимичен ей.

## Сопутствующие исследования

Неудивительно, что предполагаемая связь между выдвижением тех или иных предположений относительно причин возникновения депрессии и руминацией также получила эмпирическое подтверждение, поскольку оказалось, что люди, которые выдвигают больше объяснений

относительно причин возникновения депрессии, в большей степени склонны к руминации в ответ на угнетенное настроение [*Addis* & *arpenter,* 1999]. Еще более важным представляется то обстоятельство, что депрессивных клиентов, “заработавших” высокие суммы баллов по анкете RFD, лечить оказалось труднее, чем других депрессивных клиентов, и что такие клиенты демонстрируют более высокие уровни постлечебной депрессии даже в сравнении с долечебными уровнями [*Addis* & *Jacobson,* 1996]. Следовательно, знание того, насколько цепко ваши клиенты держатся за выдвинутые ими ранее объяснения своей депрессии, может иметь определенное прогностическое значение, а также дает вам возможность корректировать АСТ таким образом, чтобы быть максимально чувствительным к работе с этим аспектом психологической негибкости.

## *Изложение жизненных историй*

Изложение жизненных историй при депрессии можно рассматривать как более высокий уровень выдвижения тех или иных предположений относительно причин возникновения депрессии. Излагая свои жизненные истории, клиенты используют разные объяснения возникновения у себя депрессии с включением автобиографических фактов в некую сеть реляционных фреймов, что придает их жизни определенный уровень логической связности и смысла. В излагаемом клиентом повествовании, как таковом, могут выдвигаться объяснения объяснений. Например, один из недавних наших клиентов, женщина, когда ей предложили высказать свои мысли по поводу ее депрессии, сослалась на неудачное повторное замужество, а затем начала спонтанно объяснять, не только почему это ввергло ее в депрессию (“Не знаю почему, но мне кажется, я всегда хотела быть нужной кому-то”), но и почему она считает себя ответственной за развод, инициатором которого был ее муж (“Если бы я была более примерной женой и проявляла б*о*льшую чуткость к его потребностям, он не развелся бы со мной”).

Как и в случае реляционного фрейминга, который происходит на уровне индивидуальных депрессивных мыслей, а также на уровне высказывания предположений, все то, что связано с изложением

жизненных историй, само по себе не представляет проблемы. Любая жизненная история, излагаемая легко и непринужденно, и даже, возможно, история, в которой есть изрядная доля путаницы, не представляет собой проблемы, если это способствует повышению психологической гибкости. К сожалению, при клинической депрессии это случается довольно редко, хотя степень, в которой путанное изложение жизненной истории способствует психологической ригидности, бывает разной у разных клиентов и должна, таким образом, оцениваться индивидуально в каждом конкретном случае. Рекомендации по такому индивидуальному оцениванию будут приведены в следующей главе. Однако самостоятельно высказанные комментарии ваших клиентов могут оказаться для вас весьма полезными подсказками. Спонтанное высказывание клиента, о котором шла речь в предыдущем абзаце, как часть жизненной истории этой женщины, весьма показательно в этом отношении: "Мне кажется, все дело в моем упрямстве — по крайней мере на эту особенность моего характера указывала моя сестра, а также мой предыдущий консультант-психолог. Я упрямо продолжаю обвинять себя в том, что мое второе замужество завершилось разводом именно из-за меня. Они уверяют меня, что мой второй муж виноват в нашем разводе ничуть не меньше, чем я (и может быть, даже больше меня), но я-то знаю, каково истинное положение дел". Отвечая на это высказывание клиента рациональной оценкой фактов "за" и "против" ответственности за развод клиента и ее мужа, вы вряд ли поступили бы правильно с точки зрения АСТ. Однако к тому, что сказал клиент, действительно нужно отнестись вполне серьезно, поскольку это, по-видимому, отражает высокий уровень слияния с изложением жизненной истории и сопутствующей психологической ригидности, что поможет правильно определить направление лечения.

## *Когнитивная фиксация и суицидальность*

*Когнитивная фиксация*, или способность мыслить о чем-то лишь однобоко, и ригидность мышления ассоциируются с уязвимостью к суициду [*Reinecke*, 2006] и представляют дополнительные формы, которые может принимать психологическая негибкость. Как указывалось

в предыдущей главе, не все депрессивные клиенты склонны к самоубийству и не все склонные к самоубийству страдают от депрессии. Тем не менее, если вам приходилось много работать с депрессивными клиентами, то вам наверняка известно, что значительная доля таких людей всерьез рассматривает возможность совершения самоубийства. В главе 10 мы расскажем подробнее о том, как решать проблему со склонностью клиентов к суицидальности с точки зрения ACT. Здесь же я упоминаю о склонности депрессивных клиентов к суицидальности, чтобы увязать ее в более широком плане с психологической негибкостью.

В соответствующей научной литературе многие авторы характеризуют мышление суицидальных лиц как чрезвычайно ригидное, негибкое и однобокое [*Arffa,* 1983; *Ringel,* 1976]. Хотя некоторые авторы концептуализируют тип когнитивной ригидности, связанный с суицидальностью, как черту характера, представляется целесообразным рассматривать ее как более преходящий коррелят, или маркер суицидальности [*Baumeister,* 1990], из чего следует, что сами по себе суицидальные мысли могут быть отражением психологической негибкости. В той мере, в какой размышление о самоубийстве представляет собой попытку прекратить личные страдания, оно является негибким способом достижения этой цели. Если самоубийство рассматривать в контексте исследований, показывающих, что депрессивные женщины принимают меньше потенциальных решений межличностных проблем, чем недепрессивные женщины [*Lapp, Marinier,* & *Pihl,* 1982], то самоубийство можно рассматривать как предпочтительную стратегию решения проблем в случаях, когда вырабатывается относительно меньшее число конкурирующих между собой альтернатив.

Как и в случае любых действий, склонность к размышлениям о самоубийстве и/или совершению попытки суицида может определяться несколькими контролирующими переменными. Вместе с тем существует достаточное число эмпирических подтверждений — а также концептуальных объяснений с точки зрения ACT — того, что к любым разговорам о самоубийстве нужно поначалу относиться как к еще одному проявлению психологической негибкости. Если дальнейшее оценивание подтверждает правильность такого вывода, то в этом случае следует

действовать примерно так же, как при лечении других форм поведенческой негибкости с помощью АСТ.

Вспомните, что в главе 1 мы рассказывали о шести коренных процессах, которые АСТ стремится укрепить, пытаясь таким образом выработать психологическую гибкость. В целях дальнейшего их обсуждения в этой, а также в последующих главах представляется целесообразным разделить их на три связанные между собой пары:

- разделение и принятие;
- ответственность и изменение поведения;
- майндфулнесс и *Я* как контекст.

В частности, процессы с участием разделения могут быть связаны с процессами, которые поддерживают принятие в противодействии негативным вкладам слияния и экспериенциального избегания в "темную сторону" языка. Вторую группу представляют процессы, касающиеся ответственности и изменения поведения. Эти процессы можно рассматривать как такие, которые находятся в оппозиции патогенным процессам, связанным с отсутствием ценностей и поведенческой пассивностью, или бездействием, однако представляется более целесообразным объединить их в одну пару, как предлагалось в главе 1, из-за их роли в подчеркивании "светлой стороны" человеческого языка. Последнюю пару позитивных процессов, включающую майндфулнесс и *Я* как контекст, можно рассматривать как "общие процессы", которые используются, по меньшей мере в какой-то степени, двумя другими парами. Однако, как будет показано в главе 8, это не означает, что нет смысла говорить о техниках и процедурах в рамках АСТ, которые специально предназначены для укрепления майндфулнесс и *Я* как контекста.

## Процессы, включающие разделение и принятие

Взятые в совокупности, процессы, включающие разделение и принятие в рамках АСТ, предназначены для нейтрализации оппонирующих патогенных процессов слияния и экспериенциального избегания, которые поддерживают психологическую негибкость. С целью упрощения

обсуждения мы будем рассматривать слияние и экспериенциальное избегание по отдельности. Следует, однако, отметить, что различия между любыми процессами, указанными на шестиугольнике (см. схему в главе 1), обозначены произвольно, а не являются результатом независимого исследования и отражения реальности. Скорее, они являются "продуктом творчества" ACT-терапевтов [*Hayes, Strosahl, Bunting,* et al., 2004] и, следовательно, к ним не нужно относиться слишком серьезно, как и к любым другим вольностям человеческого языка. Тем не менее дифференциация между процессами, способствующими психологической гибкости и представленными на нашем шестиугольнике, доказала свою полезность и по этой причине мы продолжим пользоваться ею, хотя есть надежда, что со временем этот шестиугольник будет заменен каким-либо более подходящим эвристическим объектом.

## *Слияние*

Повторим, что слияние технически определяется как доминирование реляционно выведенных функций стимулов над теми, которые возникают в результате непосредственного контакта с внешними обстоятельствами. Говоря несколько по-другому, слияние возникает, когда то, *как* мы говорим о чем-то (например, о собеседовании при приеме на работу, которое оказалось "ужасным'), оказывается более действенным при определении нашей психологической реакции на него, чем само это событие. Выдвижение предположений и изложение жизненных историй являются типами использования человеческого языка, при которых их побочные продукты затеняют непосредственный экспериенциальный контроль. Предлагаемые объяснения депрессии, безусловно, не являются ее причинами в любом научном смысле этого слова, а соответствующие жизненные истории, которые рассказывает клиент, являются не буквальными фактами, а скорее созданным нарративом, который призван представить логически последовательную версию этих фактов.

Еще один уровень слияния, ассоциирующийся с депрессией, который кажется более первазивным, чем тот, который связан с выдвижением предположений и изложением жизненных историй, возникает при появлении отдельных мыслей, особенно негативных самооценок, таких

как "Я болван". Хотя вы можете использовать более формальные способы обнаружения, такие как самомониторинг и применение инструментов типа "карандаш и бумага", наподобие ATQ [*Hollon* & *Kendall,* 1980], для идентификации конкретных мыслей, с которыми слилось концептуализированное *Я* клиента, вместо этого рекомендуется просто прислушиваться к тому, что спонтанно (и, как правило, многократно) говорят ваши клиенты о самих себе. Реагирование на мысль типа "Я болван" как на описательный факт, а не на простую оценку сужает репертуар несколькими способами. Если я *действительно* болван, то решение не принимать участия в действиях, которые требуют умного реагирования, оказывается весьма разумным — во всяком случае таким же разумным, как если бы я решил не прыгать с крыши высотного здания, потому что не умею летать. В той мере, в какой слияние/разделение можно рассматривать как конечные точки на некоем континууме, возможны разные степени, или уровни слияния с мыслями негативной самооценки. Некая мысль, которая является кандидатом на слияние, может многократно "пережевываться" руминативным способом (например, "Действительно ли я болван?") или, как будет показано ниже, может также стать сначала объектом для подавления. В любом случае время, силы и энергию, которые можно было бы потратить на более жизнеутверждающие действия, затрачиваются на действия, которые снижают, а не повышают психологическую гибкость.

## *Экспериенциальное избегание*

Экспериенциальное избегание как процесс, антагонистический по отношению к принятию, может, как и слияние, принимать разные формы. Типичными формами экспериенциального избегания являются мечтания, попытки отвлечься от действительности, а также употребление алкоголя и наркотиков, чтобы избавиться от неприятных воспоминаний. Как уже указывалось, особенно распространенной стратегией избегания на уровне негативных самооценок является подавление мыслей. Лица, страдающие депрессией, рассматривают негативные мысли как главную причину своего несчастья и сообщают о частых попытках "принудительно" избавиться от них путем их подавления [*Wenzlaff,* 1993]. Подавление

мыслей, по-видимому, используется достаточно широко, поскольку и наш непосредственный опыт работы с клиентами, и соответствующие исследования этого явления свидетельствуют о том, что подавление мыслей бывает довольно эффективным, по крайней мере на коротком отрезке времени. В отсутствие следования правилам конкуренции наше поведение, подобно поведению других живых организмов, обусловливается обстоятельствами, т.е. контролируется непосредственными последствиями наших действий. Систематическая программа исследования подавления мыслей в целом показывает, что от нежелательных мыслей можно успешно избавляться на непродолжительные периоды времени, но при этом, как правило, возникает "эффект отдачи", в результате которого изгнанная нежелательная мысль возвращается к человеку с новой силой [*Wegner*, 1994].

## Подавление мыслей

Исследования депрессии показывают, что целенаправленные попытки вытеснить из сознания депрессивные мысли в конечном счете бывают даже менее эффективны в силу нескольких причин. Попытки подавить какую-то определенную мысль обычно приводят к отвлечению внимания путем целенаправленных попыток сосредоточиться на какой-либо альтернативной мысли (например, вы пытаетесь думать о красном грузовике, чтобы подавить мысли о синем легковом автомобиле). Однако когда мы пребываем в депрессии, мы склоняемся к использованию других негативных мыслей как способу отвлечения от нежелательной мысли, которую мы пытаемся подавить. Например, фокусирование на том, как непривлекательно мы выглядим, чтобы отвлечь свое внимание от мыслей о том, как мы глупы, вряд ли приведет к тому, что мы как-то облегчим свое депрессивное состояние. Неудивительно, что депрессивные мысли, которые нам удалось подавить, вернутся к нам быстрее, если в качестве дистракторов мы будем использовать другие нежелательные мысли [*Wenzlaff, Wegner, & Roper*, 1988]; при этом к нам вернется дисфорическое настроение, которое владело нами, когда мы пытались подавить изначальную нежелательную мысль [*Wenzlaff, Wegner, & Klein*, 1991]. Кроме того,

соответствующие исследования показывают, что связь, которая очевидно имеет место между подавлением депрессивных мыслей и дисфорическим настроением, такова, что возобновление дисфорического настроения также приводит к возобновлению подавленных нами мыслей [*Wenzlaff* et al., 1991]; это является отражением спирально закручивающихся отношений между этими личными событиями. Последнее и, наверное, самое убедительное свидетельство тщетности попыток спастись от депрессивных мыслей заключается в том, что усилия, направленные на подавление депрессивных мыслей, ведут к руминации и усилению депрессии [*Wenzlaff* & *Luxton,* 2003].

Подавление может быть самой типичной, хотя и не единственной стратегией экспериенциального избегания, используемой при попытках справиться с депрессией. В следующей главе мы рассмотрим другие стратегии внутреннего контроля, такие как мечтания, а также формы экспериенциального избегания/бегства, которые являются в большей степени внешними и ситуационно-сфокусированными, в том числе и те, которые могут встречаться непосредственно в терапевтической обстановке.

## Процессы, связанные с ответственностью и изменением поведения

В совокупности, следование определенным ценностям и участие в соответствующих ответственных действиях можно объединить между собой как процессы, служащие расширению поведенческого репертуара и повышению психологической гибкости. И наоборот, противоположные им патогенные процессы, которые включают доминирование вербального/реляционного контроля над следованием определенным ценностям и недостаточную или, наоборот, чрезмерную активность вместо ответственных действий, помогают удерживать клиентов в их депрессивном состоянии [*Hayes* et al., 2006]. Именно эти два последних процесса будут в центре нашего внимания, когда в следующей главе мы будем обсуждать, как оценить присутствие этих процессов у клиента.

## *Доминирование вербального контроля*

Конкретный тип вербального контроля, который слишком часто берет верх над следованием определенным ценностям, по-видимому, предполагает следование той или иной рекомендации. Вспомните, что следование рекомендации ("соглашательство") — это правило выполнения тех или иных действий под контролем произвольно и социально опосредованных последствий для обеспечения соответствия между поведением и действиями, определяемыми этим правилом. Например, ребенка, которому советуют одеться потеплее, перед тем как выйти на улицу зимой, можно похвалить за послушание и сделать ему внушение, если он не прислушается к такому совету. Поскольку "неприятный" контроль применяется для управления поведением гораздо чаще, чем позитивное подкрепление, то при таких условиях вероятность того, что следование рекомендации утвердится как определенный класс реакций, оказывается выше и, соответственно, выполняет функцию избегания. Проще говоря, в детском возрасте мы научились следовать советам родителей относительно того, как нам одеваться, не столько для того, чтобы услышать похвалу от родителей, сколько для того, чтобы не выслушивать порицания в свой адрес.

Посмотрим, что вытекает из распространения этого анализа на следование определенным ценностям, когда высказывания ваших клиентов относительно того, что именно важно для них в этой жизни, пребывают под "неприятным" контролем следования рекомендациям. Коротко говоря, их вербальное поведение представляет неукоснительное следование определенному правилу, касающемуся того, что *должно* быть важным для них, и, следовательно, может отражать в гораздо большей степени то, *что* научили их говорить люди, воспитывавшие их, и что, как им кажется, они должны говорить сейчас, во взрослом возрасте, и что, как им кажется, хотите услышать от них вы, терапевт, чем то, какой они сами хотели бы видеть свою жизнь в долгосрочной перспективе [*Hayes* et al., 2006]. Я вовсе не хочу тем самым сказать, что в совпадении ценностей клиента с ценностями его родителей есть что-то плохое. Напротив, для многих из нас в таком совпадении ценностей есть немало хорошего. Более важная мысль, которую я хотел бы донести до вас,

заключается в том, что ценности невозможно выбирать свободно при условиях, которые поддерживают поведение бегства и избегания, что подчеркивает задачу ACT, заключающуюся в переносе контроля следования определенным ценностям с *неприятного контроля* на *приятный контроль* [*Wilson* & *Murrell*, 2004]. Поведение при неприятном контроле стремится уйти от чего-то нежелательного, как при бегстве или избегании, тогда как поведение в случае приятного контроля стремится приблизиться к тому, что является желательным. Тип следования определенным ценностям, который ACT пытается поддерживать, влечет за собой движение в сторону того, что является важным в жизни, а не бегство от тех или иных жизненных неприятностей. Увидеть, как выглядит поведение следования определенным ценностям в *ситуации свободного инструментального поведения* [*Ferster*, 1953], в которой отсутствуют какие-либо ограничения на поведение и вы можете делать "все, что вам вздумается", невозможно, если такие условия не будут созданы в контексте терапии.

## Соображения относительно оценки

Задача идентификации и прояснения ценностей усложняется тем фактом, что хотя ценности не конструируются вербально, они "вербально доступны" [*Hayes* et al. 1999, p. 206], и ложь, как правило, очень легко вылетает из наших уст. В этом отношении, степень соответствия между заявляемыми ценностями клиента и его наружным поведением может служить нам по меньшей мере одним указанием на истинные ценности этого клиента, не замутненным самим процессом попыток оценить их. Например, заявление клиента о том, что он высоко ценит семейные отношения, но очень мало общается с членами своей семьи, должно вызвать вполне обоснованный скептицизм терапевта и потребовать дополнительной проверки. Очевидно, чтобы определить степень, в которой вербальный/реляционный контроль доминирует над ценностями, нужно оценить сами ценности. В следующей главе будут предложены дальнейшие рекомендации по успешному осуществлению этого непростого процесса в рамках ACT.

## *Безответственные действия*

Выявление ценностей вашего клиента, когда их удается освободить от неприятного контроля, важно не только само по себе, но и потому, что это помогает вам выявить действия, которые не связаны с ценностями и, следовательно, не способствуют повышению психологической гибкости. Поведение, ориентированное на ценности, может принимать разные формы; то же самое можно сказать о безответственных действиях, не связанных с ценностями. Наиболее легко распознаваемой личиной, которую принимают безответственные действия при депрессии, является, конечно же, поведенческая пассивность и бездействие как "заметно пониженный интерес ... ко всем или почти ко всем занятиям ..." (p. 327) и "низкая энергия или усталость" (p. 349), которые являются диагностическими критериями большого депрессивного расстройства и дистимического расстройства, соответственно *DSM-IV* (1994). Однако в то же время не следует путать безответственные действия в форме поведенческой пассивности с замедленными движениями и замедленной речью, типичными для психомоторной заторможенности. В сравнении с зайцем, черепаха двигалась довольно медленно — правда, в требуемом направлении.

На противоположном полюсе безответственные действия могут также принимать форму чрезмерного внешнего поведения, хотя это не следует путать с тем, что некоторые из специалистов по психическому здоровью называют "ажитированной депрессией" [*Akiskal, Benazzi, Berugi, & Rihmer,* 2005]. Как указывалось в предыдущей главе, картина устойчивого поведения, подобного тому, которое наблюдается при депрессии успеха, может не соответствовать ценностям клиента и может выполнять функцию избегания; например, "Пока я продолжаю участвовать в заведомо продуктивных действиях (поднимание по лестнице), мне не приходится останавливаться и осознавать тот неприятный факт, что моя жизнь лишена смысла (осознавать, что лестница приставлена не к той стене, какая мне нужна)". После того как вы идентифицируете ценности своего клиента, вы должны задать следующий ключевой вопрос: "В какой мере вы следуете своим ценностям, а если вы не следуете им, то почему не следуете?" В целом низкий уровень активности поведения вовсе необязательно означает, что клиент совершает менее

ответственные действия, точно так же, как высокий уровень активности вовсе необязательно означает, что клиент совершает более ответственные действия. В обоих случаях требуется дальнейшее оценивание и концептуализация кейса.

## Общие процессы, включающие майндфулнесс и *Я* как контекст

Контакт с текущим моментом и *Я* как контекст могут быть истолкованы как общие процессы, которые действуют внутри каждой из двух совокупностей парных процессов — процессов, которые включают разделение и принятие, и процессов, которые связаны с ответственностью и изменением поведения, — только что рассмотренных нами [*Hayes* et al., 2006]. Я рассказываю о них здесь в специально посвященных им разделах главным образом для большего удобства обсуждения. Связь между майндфулнесс и контактированием с трансцендентным ощущением собственного *Я*, с одной стороны, и процессами, включающими разделение/принятие и ценности/ответственные действия, с другой стороны, лучше всего, наверное, можно прояснить, рассматривая противоположные им патогенные процессы. Противоположностью осознанного пребывания в настоящем моменте является погруженность в прошлое и/или будущее, а противоположностью *Я* как контекста является идентификация с ущербным концептуализированным *Я*.

### *Жизнь в прошлом или в будущем*

Погруженность либо в прошлое, о котором человек сожалеет, либо в будущее, которое страшит человека, несовместимо с полноценным и осознанным пребыванием в настоящем. Вследствие важной роли, которую руминация играет в ограничении психологической гибкости, наше внимание было до сих пор сосредоточено главным образом на вредном воздействии слияния человека со своими мыслями и воспоминаниями о прошлом. Однако, как подчеркивал Бек [*A. T. Beck*, 1967], третья часть "негативной когнитивной триады", которая олицетворяет депрессию, связана и с предположениями о будущем. Вербально

сконструированное будущее может выглядеть так, что покажется даже менее обещающим и привлекательным, чем прошлое или настоящее (например, "Если меня и ждут какие-то перемены в будущем, то это будут перемены лишь к худшему").

Соединение с мыслями о будущем или о прошлом, по сути, создает "факты", которые кажутся нам "неприемлемыми". От этих мыслей мы безуспешно пытаемся убежать, подавить их или контролировать каким-то иным путем. Пока на сожаления о прошлом и беспокойства о будущем мы можем реагировать разумно, принимая эти сожаления и беспокойства, ценностям и ответственным действиям не остается достаточного пространства для маневра. Ценности могут по-прежнему оставаться в неприкосновенности — меня занимает лишь то, что всегда занимало меня, — но даже если случается какое-то посягательство на эти ценности, этому препятствуют ответственные действия. Частично это может быть обусловлено тем, что слишком много времени, энергии и усилий затрачивается на "пережевывание" прошлого и размышления о возможном будущем, в результате чего слишком мало времени остается для деятельности, связанной с ценностями. Например, ваш депрессивный клиент может решить остаться дома и предаться руминации, вместо того чтобы отправиться с друзьями в кинотеатр. Важный вопрос, который вы могли бы задать своим депрессивным клиентам в связи с этим, заключается в том, как они предпочитают использовать свое свободное время.

Ответственное действие также может не произойти, поскольку поглощенность прошлым и/или будущим вырабатывает слившиеся мысли, а также нежелательные чувства и состояния настроения, которые действуют как препятствия. Наверное, этот процесс лучше и удобнее всего рассматривать как такой, который окружает слившееся мышление и сопутствующие эмоциональные реакции относительно будущего. Приведу пример на самом показательном уровне: если клиент полностью слился с мыслью "У меня нет будущего", то, решив действовать так, как если бы у него действительно не было будущего, он поступит довольно глупо. Еще бо́льшую тревогу вызывает то, что такое слияние может также ассоциироваться с возросшими уровнями безнадежности,

которые, как показывает клиническая практика, представляют серьезный психологический фактор риска для самоубийства [*Beck, Kovacs, & Weissman,* 1975; *Brown, Beck, Steer, & Grisham,* 2000]. Известное изречение о том, что "самоубийство является перманентным решением временной проблемы", кажется чересчур поверхностным для тех, кто замышляет самоубийство, поскольку самоубийство рассматривается ими как эффективное решение перманентной и застарелой проблемы. В то время как решение проблемы суицидальности само по себе может представлять важную клиническую задачу [*Chiles & Strosahl,* 2005], наиболее целесообразным, с точки зрения использования ACT в отношении депрессивных клиентов, представляется рассматривать ее в более широком контексте как показатель психологической негибкости и разных процессов, которые способствуют ей.

## *Слияние с ущербным концептуализированным Я*

Одним из процессов, которые поддерживают суицидальность, в частности, и психологическую ригидность, в более общем плане, является четкая идентификация с таким представлением о себе, которое является, так или иначе, фундаментально порочным или ущербным. Как отмечал А. Т. Бек [*A. T. Beck,* 1967] на основе своего клинического опыта работы с депрессивными клиентами, повторяющиеся, чрезвычайно критические самооценки (например: "Я болван" или "Я все делаю неправильно") составляют еще одну часть негативной когнитивной триады, показательную для их образа мышления. Слияние с такими мыслями рисует не только ужасную картину будущего, в котором они не смогут жить, но и такое концептуализированное *Я*, с которым они также не могут жить и единственным избавлением от которого они считают самоубийство.

Процессы майндфулнесс и принятия жестко ограниченны, если ущербная самоидентичность доминирует над трансцендентным ощущением своего *Я*. По сути, нет такого места или положения, из которого, как утверждал Кабат-Зинн [*Kabat-Zinn,* 1994], возможно "обращать внимание как-то по-особому: преднамеренно, в данный момент, не вынося каких-либо суждений" (p. 4). С точки зрения концептуализированного *Я*,

мы постоянно пребываем под угрозой атаки со стороны негативных автоматических самооценок и неспособны реагировать на них, не прибегая к каким-либо суждениям. *Я* как контекст необходимо нам для того, чтобы мы могли "лишь замечать" не только не относящиеся к самому себе мысли и сопутствующие эмоции, которые возникают вследствие клинической депрессии, но и — что, возможно, еще важнее — слившиеся с нами характеристики концептуализированного *Я*.

То, что известно нам в основном из разговорной речи как "плохая *Я*-концепция", также подвергает риску ценности и способность к соответствующим ответственным действиям. Акт свободного выбора того, что мы ценим, и посвящение себя целиком действиям, направленным на проведение этих ценностей в жизнь, возможны лишь при наличии такого ощущения собственного *Я*, которое способно наблюдать нашу борьбу с депрессией и в то же время стоять в стороне от нее, — что-то наподобие известной метафоры о шахматной доске, которая часто используется в ACT, чтобы вызвать более устойчивое *Я* как контекст [*Hayes* et al, 1999, pp. 190–192]. По-видимому, в депрессии существует не так уж много данностей, но той, которая более всего характерна для депрессии, является слияние с дефектным ощущением собственного *Я*. Следовательно, фундаментальный вопрос, который вы должны решить в отношении каждого отдельно взятого клиента, заключается не в том, имеет ли место идентификация с негативной концептуализацией *Я*, а в том, насколько прочна она у данного клиента.

## Заключение

Главной целью ACT является способствование выработке психологической гибкости. Чтобы добиться этого, необходимо ослабить процессы, антагонистичные тем, которые изображены на шестиугольнике и которые способствуют психологической ригидности. Патогенные процессы, о которых рассказывалось в этой главе и которые способствуют депрессии, с точки зрения ACT — слияние, экспериенциальное избегание, руминация, привязанность к ущербному концептуализированному *Я* — не были "открыты", но до сих пор считались полезными

в наших представлениях о депрессии и о том, как нужно работать с клиентами, которые пытаются побороть свою депрессию. Шесть коренных процессов, которые способствуют психологической гибкости — разделение, принятие, *Я* как контекст, контакт с текущим моментом, ценности и ответственные действия, — а также три группы (пары), на которые их можно разделить — разделение и принятие, ответственность и изменение поведения, майндфулнесс и *Я* как контекст, — являясь полезными во всех случаях депрессии, для которых АСТ является подходящим вариантом лечения, по-видимому, задействуются в разной степени. Например, некоторые из ваших депрессивных клиентов могут испытывать наибольшие трудности, когда пытаются отделиться от негативной *Я*-концепции, тогда как другие самой большой проблемой для себя могут считать совершение действий, ориентированных на определенные ценности.

Чтобы определить степень, в которой каждый из негативных процессов, способствующих поддержанию психологической негибкости, вовлечен в депрессию, испытываемую вашими клиентами, каждый отдельный случай (кейс) нужно оценивать индивидуально. Такое идеографическое оценивание необходимо для обеспечения индивидуализированного подхода к формулированию и концептуализации кейса при лечении депрессии с помощью АСТ, о котором мы рассказываем в этой книге. В следующей главе мы рассмотрим оценивание негативных, или патогенных процессов, а в центре внимания главы 5 будет концептуализация полученной информации в формулировках и методах лечения, ориентированных на каждого отдельно взятого клиента.

# ГЛАВА 4

# Оценивание коренных процессов

В историческом плане оценивание в рамках поведенческой терапии отставало от развития интервенций и выполняло второстепенную роль [*Ciminero,* 1986]. Ни один из классических текстов из первой волны поведенческой терапии (см. [*Franks,* 1969; *Kanfer* & *Phillips,* 1970; *Yates,* 1970]) не посвящал отдельную главу исключительно поведенческому оцениванию. Во времена второго поколения поведенческой терапии вопросам оценивания также не уделялось должного внимания. В то время как Мейхенбаум [*Meichenbaum,* 1977] по крайней мере включил в свою книгу особую главу, посвященную вопросам оценивания, другие авторы известных книг по когнитивно-поведенческой модификации [*Mahoney,* 1974] и когнитивной терапии (*Beck* et al., 1979), относящихся к тому же периоду, не посчитали нужным сделать это. Однако примерно в то же время были опубликованы первые книги, посвященные исключительно поведенческому оцениванию [*Ciminero, Calhoun,* & *Adams,* 1977; *Cone* & *Hawkins,* 1977; *Hersen* & *Bellack,* 1976], хотя его природа и оценка его связи с поведенческой терапией не были прояснены до конца.

## Подход ACT к оцениванию

В рамках этого исторического контекста подход к оцениванию, который я рекомендую в этой главе, является несколько нетипичным в силу ряда причин. Рассмотрим эти причины.

## *Интеграция оценивания и поведенческих изменений*

Во-первых, это *итеративный подход,* при котором вы многократно задаете своим клиентам одинаковые по смыслу (но зачастую по-разному сформулированные) вопросы, которые помогают вам выяснить, как коренные процессы действуют в их жизни, насколько сильны эти процессы и какие альтернативные подходы к лечению могут оказаться эффективными. Однако в отличие от других методов оценивания, при которых оценивание используется главным образом для постановки диагноза и/или оценки результатов лечения, эти вопросы, задаваемые в рамках оценивания, тесно интегрированы с АСТ-показателями изменений поведения (то есть, призваны помочь клиенту жить полноценной жизнью невзирая на депрессию, вместо того чтобы пытаться облегчить симптомы депрессии). По сути, оценивание и лечение начинаются одновременно. Поэтому оценивание вами коренных процессов необязательно происходит линейным образом, например сначала слияние, затем экспериенциальнное избегание, и т.д. Вместо этого используемый нами подход является, если угодно, более холистическим и, как вы увидите в дальнейшем, оказывается гораздо ближе к фактическому процессу "давай и бери" начальной сессии терапии. В этой главе мы расскажем о том, как вы можете поначалу оценить у ваших депрессивных клиентов патогенные процессы, а в последующих главах мы обсудим, как изменить их. Не забывайте, что предлагаемая мною здесь конкретная последовательность вовсе не означает, что процедуры оценивания и техники лечения в рамках АСТ могут быть как-либо жестко отделены друг от друга линейным образом. Скорее, я рекомендую применять некий динамический подход, при котором начальное оценивание позволяет получить информацию для того, чтобы приступить к лечению, а воздействие этой интервенции, в свою очередь, позволяет получить информацию для продолжения процесса оценивания, и т.д. Как указывалось в главе 1, вопрос о том, обладает ли такой подход большей лечебной полезностью [*Hayes* et al., 1987] по сравнению с более традиционным, последовательным подходом к оцениванию и лечению в рамках АСТ, является эмпирическим вопросом, ответить на который помогут дальнейшие исследования.

## *Выработка терапевтических отношений*

Второе различие заключается в том, что вы проводите оценивание, одновременно вырабатывая и развивая терапевтические отношения со своим клиентом. В целом, третья волна поведенческих терапий в большей степени, чем предшествующие ей волны, осознавала важнейшую роль, которую играют терапевтические отношения и взаимодействие между клиентом и терапевтом в осуществлении психологических изменений [*Kohlenberg* & *Tsai,* 1987, 1991]. Неслучайно, что Хейс и др. [*Hayes* et al., 1999] посвятили в своей книге целую главу (глава 10) эффективным терапевтическим отношениям при АСТ. Поскольку все мы являемся "вербальными организмами", та же "темная сторона" человеческого языка, которая вызывает страдания наших клиентов, создает проблемы и нам, терапевтам. Ни у кого из нас нет иммунитета к "темной стороне" человеческого языка, и такие широко распространенные человеческие экспириенсы создают естественный уровень эмпатии, который можно открыто передавать нашим клиентам. В то время как "саморазоблачение" всегда следует предпринимать с осторожностью, в большинстве случаев рекомендуется искреннее, чистосердечное признание того, что вам самому приходится иметь дело с какими-то из проблем, с которыми сталкиваются ваши клиенты (например, "Мое сознание работает так же, как ваше, время от времени напоминая мне о том, что я, возможно, допустил какую-то оплошность"). Поскольку разграничение между оцениванием и лечением проводится в большей мере для целей обсуждения, чем основывается на реальных функциональных различиях, вы можете, как я упоминал выше, начинать выработку терапевтических отношений с первого же общения с вашими клиентами — вам не нужно ждать, пока будет выполнено долечебное оценивание, после чего вы будете готовы приступить к собственно терапии.

## *Гибкое оценивание*

Третья и последняя возможная определяющая характеристика подхода оценивания, подробно описываемого в этой главе, связана с порядком, в котором происходит оценивание каждого из коренных процессов.

Хотя я предлагаю определенную отправную точку и порядок оценивания этих процессов, все же советую не воспринимать это как догму и проявлять б*о*льшую гибкость в своем подходе к оцениванию. В качестве отправной точки для оценивания можно выбрать любой из процессов. Поскольку они взаимосвязаны между собой и вносят тот или иной вклад в психологическую гибкость/негибкость, фокусирование на одном из этих процессов (например, на слиянии) зачастую "подтягивает" другие процессы (например, выявление ценностей). Например, вам, а также вашему клиенту может показаться, что, приступив к оцениванию определенного процесса, вы слишком отвлеклись на какой-то другой процесс. Если вы заметили такое переключение внимания, это еще не означает, что вы использовали неправильный подход. Продолжайте заниматься процессом, на который вы отвлеклись, и если необходимо, вернитесь к оцениванию своего "первичного" процесса. Например, мысли, с которыми сливается ваш клиент (на которые он, так сказать, "покупается") — например, "Я болван" и "Я все делаю не так, как надо", — проблематичны лишь постольку, поскольку они вступают в противоречие с его жизненными ценностями. Таким образом, отделение более проблематичных мыслей от менее проблематичных мыслей естественным путем порождает обсуждение ценностей. В подобной ситуации вы можете спросить у своего клиента: "Что вы утратили в своей жизни такого, что является важным для вас, из-за того, что в вас поселились эти мысли?" Постепенное оценивание каждого из коренных процессов, имея в виду прийти к начальному формулированию и концептуализации кейса, является более важным, чем определенный порядок или последовательность, в которой вы оцениваете эти процессы.

(Вследствие интегративной природы этого процесса оценивания, ниже вы не обнаружите заголовков для всех коренных процессов. Какие-то из них удобнее описывать в рамках других коренных процессов или концепций: например, контакт с текущим моментом и *Я* как контекст обсуждаются под заголовком "Три ощущения собственного *Я*". В таких случаях конкретный коренной процесс обозначается заголовком более низкого уровня.)

## Отправная точка: жизненная история клиента

Большинство терапевтических подходов начинаются с выяснения у клиентов предполагаемой ими цели лечения. В этом отношении АСТ не является исключением. Обычно бывает достаточно спросить у клиента: "Какая причина привела вас сюда?", и он начнет рассказывать вам историю своей жизни. Вам остается лишь усесться поудобнее в кресле и внимательно выслушать эту историю. Рекомендуется активное, эмпатическое выслушивание, во время которого терапевт размышляет и подытоживает эмоциональное и информационное содержание того, что он слышит.

### *Начальное оценивание слияния*

Ваша главная цель при выяснении впечатлений вашего клиента, связанных с депрессией, заключается в том, чтобы сосредоточиться в большей степени на коренных процессах, которые отражаются в том, что говорит клиент, а не в содержании его жизненной истории как таковой. Например, возможно, вам удастся выявить слияние с определенными автоматическими мыслями, высказыванием предположений (объяснений) и изложением историй в большей мере из степени убежденности и эмоциональности, с которой говорит клиент, чем из того, *что именно* он говорит. Мысль, с которой слился клиент, является эмоционально нагруженной — тем, что когнитивные терапевты обычно называют "горячей когницией" [*J. S. Beck*, 1995, p. 82]. Соответственно, если клиент становится слезливым и терапевт не может понять, какая вербальная конструкция стоит за этой эмоцией, он может мягко расспросить клиента (например: "Я заметил, что у вас на глаза навернулись слезы. Можете ли вы сказать мне, о чем вы сейчас думаете?"). Ваша конечная цель при этом заключается не в том, чтобы выявить мысли для последующей их реструктуризации или обсуждения, а в том, чтобы выявить возможное слияние клиента с его мыслями. Если необходимо, попросите своего клиента уточнить какие-то детали или рассказать подробнее о каких-то эпизодах своей жизненной истории, опять-таки не столько для того, чтобы непосредственно узнать какие-то факты или получить

исчерпывающую информацию о них, сколько для того, чтобы оценить степень, в которой клиент слился с определенной версией рассказанных им фактов.

## *Идентификация путей возникновения депрессии*

В некоторых случаях может оказаться полезным попросить клиента прояснить хронологию определенных событий его жизни, чтобы лучше уяснить путь возникновения у него депрессии и дополнительные коренные процессы, которые могли способствовать этому. Кто-то из клиентов оказывается более разговорчивым, чем другие, но, активно выслушав жизненную историю клиента, к концу первой беседы с клиентом вы, как правило, можете выполнить предварительное оценивание слияния и вероятных путей, которые привели к депрессии. Оценивание коренных процессов в рамках модели ACT не должно проходить в спешке, а изложение жизненной истории при необходимости можно повторить.

Несмотря на то что форма изложения клиентом своей жизненной истории, вообще говоря, для терапевта важнее, чем ее содержание, этому содержанию все же следует уделить внимание, поскольку это помогает идентифицировать пути возникновения депрессии, которые влекут за собой приоритет "собственной правоты" и/или "выступления в роли страдальца". Как указывалось в главе 2, жизненные истории, в которых клиент часто упоминает об *объективных* обстоятельствах возникновения у него депрессии (например, о том, что он стал жертвой плохого обращения со стороны других людей), помогают установить истинную картину возникновения депрессии, особенно если эти истории излагаются в очень эмоциональной манере. Утверждения типа "Учитывая, что от меня отвернулись буквально все, нет ничего удивительного в том, что у меня возникла депрессия" указывают на необходимость проведения значительного объема работы по разделению в связи с такой жизненной историей и высказанными предположениями. Эта рекомендация, конечно же, не является способом минимизировать или превратить в банальность моральную травму, которую мог получить ваш клиент. Однако эти события как таковые не являются тем же самым, что

и рассказанная о них история. Если же клиент слился с этой жизненной историей, то для вас, АСТ-терапевта, будет еще важнее не действовать в том же ключе, а отнестись к этому факту по возможности легко.

## Экспериенциальное избегание и креативная безнадежность

Возможно, главным образом по причине того, как именно организована книга по АСТ, написанная Хейсом и др. [*Hayes et al.*, 1999], индуцирование у клиентов креативной безнадежности стало рассматриваться как первый клинический метод, используемый обычно при проведении АСТ. *Креативная безнадежность* является естественным результатом неэффективности попыток контролировать нежелательные мысли и чувства. С точки зрения оценивания, индуцирование креативной безнадежности также зачастую предоставляет вам начальную возможность оценить степень экспериенциального избегания и является главной иллюстрацией упоминавшейся выше динамичной и интегративной связи между оцениванием и терапевтическими процессами в рамках АСТ. Вы можете получить начальное представление об общем уровне экспериенциального избегания, присущего вашим клиентам, и даже о некоторых формах, которые оно зачастую принимает, путем выслушивания их жизненных историй. Обратите особое внимание на некоторые из наиболее типичных спонтанных упоминаний ваших клиентов о том, какие меры против депрессии они уже принимали (например, фармакотерапия, предыдущие курсы психотерапии, чтение популярной литературы по психотерапии, и т.п.) и к каким результатам это привело.

### *Оценивание суицидальности*

Даже если в жизненной истории упоминаются некоторые из самых распространенных и общепринятых форм попыток контролировать депрессию, вам все равно нужно расспросить своих клиентов о других попытках экспериенциального избегания. Я рекомендую это не только для выполннения более тщательного начального оценивания

экспериенциального бегства/избегания, но и для того, чтобы вы могли создать условия для индуцирования у клиентов креативной безнадежности. Одной из наиболее распространенных стратегий решения проблем экспериенциального бегства/избегания (которую следует оценить у всех ваших депрессивных клиентов) является суицидальность. В эмпатической, основанной строго на фактах и спокойной манере расспросите своих клиентов о любых предыдущих попытках суицида, а также о любых их нынешних мыслях о самоубийстве (например, "Для человека, страдающего депрессией, нет ничего необычного в появлении у него мыслей о самоубийстве. Это вполне понятно и объяснимо. Можете ли вы рассказать мне о своем опыте в связи с этим?"). Особенно полезно расспросить и узнать об этом более широком контексте, а также о психологическом и эмоциональном состоянии клиента, связанном с любыми прошлыми или нынешними попытками суицида. Фундаментальным вопросом, на который вы должны найти ответ, анализируя собеседование с клиентом, является вопрос понимания функций, выполняемых любым прошлым и нынешним суицидальным поведением этого клиента.

Как указывалось ранее, поскольку не все суицидальные мысли и поведение направлены на экспериенциальное избегание и решение проблем, вы должны определить, является ли это их главной функцией для каждого клиента (строго на индивидуальной основе). Если необходимо, предложите своим клиентам поразмышлять об их собственной суицидальности, задав им, например, такой вопрос: "Чего вы надеялись добиться, когда пытались совершить самоубийство?" Если становится очевидно, что суицидальное поведение связано с эмоциональным контролем, полезно также знать, по крайней мере по двум причинам, конкретные неприятные аффективные состояния (такие, как чувство вины, печаль, безнадежность, стыд, и т.п.), от которых клиент пытался избавиться. Во-первых, полезно знать конкретные эмоциональные проблемы, которые клиент пытался решить с помощью самоубийства, чтобы впоследствии вы могли предложить альтернативные способы реагирования на эти проблемы и их решения. Во-вторых, если конкретное психологическое состояние, от которого суицидальный клиент пытался

избавиться, было состоянием безнадежности, то на данном этапе лечения существуют, по крайней мере на мой взгляд, потенциальные условия для индуцирования креативной безнадежности.

## *Титрование креативной безнадежности*

Как указывали Хейс и др. [*Hayes* et al., 1999, chapter 4], очень важно понимать, что ваша цель как ACT терапевта при индуцировании креативной безнадежности заключается не в том, чтобы вызвать у клиента какое-либо чувство или эмоциональную реакцию, а в том, чтобы совершить действие по расширению репертуара, добиваясь освобождения от повестки эмоционального контроля, которая не приносит нужного результата. Однако это не предотвращает возможности, что клиенты — особенно те, для кого суицидальность служила и, возможно, продолжает служить способом бегства от безнадежности как состояния чувствования — могут реагировать на попытки индуцирования креативной безнадежности как поведение, заключающее в себе такую же эмоцию (например, "Теперь, кажется, даже мой терапевт полагает, что у меня не может быть никакой надежды").

По этой причине я придерживаюсь подхода, который называется "титрование", то есть я корректирую уровень интенсивности интервенций, используемых для индуцирования креативной безнадежности, до такого значения, которое кажется мне подходящим для конкретного клиента. Обычно я следую креативной безнадежности менее строго и применяю более умеренную дозу техник для ее индуцирования у клиентов, которым кажется (или казалось), что самоубийство может быть спасением от депрессии. Несколько строже я подхожу к индуцированию креативной безнадежности у клиентов, которые не склонны к суициду или, если они все же склонны к суициду, то их суицидальность не выполняет функцию экспериенциального избегания. В действительности это не такое уж простое дело. С одной стороны, вы хотите вызвать у клиентов достаточную креативную безнадежность, чтобы прекратить постоянное их следование контрпродуктивной повестке экспериенциального избегания и повысить таким образом их психологическую

гибкость путем открытия для себя возможности иного реагирования на свою депрессию. С другой стороны (и в то же самое время), вы хотите предотвратить их возвращение к суицидальности как предпочтительной стратегии решения проблем.

Я хочу прояснить, что в настоящее время нет эмпирического подтверждения корректировки уровня креативной безнадежности, вызываемой у депрессивных клиентов способом, рекомендованным мною в этой книге. Следовательно, вам предлагается не слишком строго придерживаться этих рекомендаций, особенно поскольку я признаю, что они могут применяться в большей мере для минимизации моих собственных небезопасностей, чем для обеспечения более эффективного лечения. (Как подчеркивалось выше, "языковая машина" преследует всех нас!) По этой причине вам может понадобиться немного поэкспериментировать в вашей работе с ACT, сравнивая несколько более осмысленный подход, рекомендованный мною здесь для индуцирования креативной безнадежности, с относительно более строгой стратегией решения той же задачи, описанной в главе 4 книги Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999].

Нет ничего необычного в том, чтобы пересматривать вопросы лечения в рамках ACT; позже, при необходимости, могут быть снова использованы дополнительные дозы техник и процедур индуцирования креативной безнадежности, такие как следующие метафоры из книги по ACT [*Hayes* et al., 1999]: "Китайские наручники" (pp. 104-105), "Человек в дыре" (pp. 101–104], и "Сражение с монстром" (p. 109). Я полагаю, что такие последующие меры по ослаблению экспериенциального бегства/избегания с большей вероятностью окажутся успешными, если им будет предшествовать определенная работа по разделению, касающемуся мыслей, связанных с безнадежностью. Например, клиентам может быть предложено реагировать на свои чувства безнадежности и связанные с ними мысли как объекты, выполняя упражнение физикализации [*Hayes* et al., 1999, pp. 170-171].

## *Стратегии эмоционального контроля*

Каким бы подходом вы ни воспользовались для индуцирования креативной безнадежности, очень важно идентифицировать дополнительные

стратегии эмоционального контроля, используемые вашими клиентами помимо тех, которые предполагают обращение за профессиональной помощью, самостоятельное чтение книг по психотерапии и, как указывалось выше, размышления о самоубийстве (и, возможно, даже попытки совершения самоубийства). Указанные два подхода к индуцированию креативной безнадежности различаются между собой не по степени, в которой они стремятся выявить все типы экспериенциального контроля, а по степени, в которой они доводят до сознания клиентов неэффективность любых выявленных усилий с их стороны. Многократное выяснение у ваших клиентов: "Какой еще вариант действий вы испытали, чтобы почувствовать себя менее депрессивным, и насколько это помогло вам?" может оказаться необходимым, чтобы гарантировать, что никакая из стратегий эмоционального контроля не ускользнула от вашего внимания. Чтобы решить эту задачу, представляется целесообразным разделить эти дополнительные усилия на внутренние, внешние, специфические для конкретной ситуации, а также внутрисессионные стратегии эмоционального контроля.

## Внутренние стратегии контроля

Стратегия экспериенциального контроля, которая, вероятнее всего, используется вашими депрессивными клиентами — а именно, руминация, — уже обсуждалась нами достаточно подробно (см. главы 2 и 3); предлагались также достаточно эффективные способы оценивания и обнаружения ее. Мечтания, подавление мыслей и другие формы когнитивного отвлечения представляют собой дополнительные стратегии внутреннего контроля, которые можно выявить, задавая клиенту, например, такой вопрос: "В какой степени вы пытались вытеснить депрессивные мысли и чувства из своего сознания, стараясь думать о каких-то других вещах?" Как я указывал ранее, идентификация вами конкретных мыслей, избегаемых клиентом в таких случаях, также поможет направлять последующую работу по разделению.

Менее распространенные стратегии внутреннего контроля у разных клиентов могут существенно различаться; эти стратегии можно выявить лишь путем более активного сотрудничества с клиентами. Например,

даже в рамках метода титрования для индуцирования креативной безнадежности я неизменно предлагаю метафору "Человек в дыре" [*Hayes* et al., 1999, pp. 101–104], хотя зачастую в несколько смягченной версии. Впоследствии клиентам выдается домашнее задание по идентификации дополнительных способов их участия в "раскапывании". Один из недавних наших депрессивных клиентов сообщил в начале очередной сессии, что понял, почему бо́льшую часть своей взрослой жизни он использовал чтение как стратегию экспериенциального избегания. Он уточнил, что ему всегда, даже в детстве, нравилось читать, но во взрослом возрасте он пришел к выводу, что затрачивает на чтение все больше и больше времени, используя чтение как способ отвлечения от жизненных проблем, вызывающих депрессию. Он также отметил, что его чтение все больше и больше становится негибким по своей природе (например, "У меня возникает такое чувство, будто я *обязан* читать"). До того как приступить к ACT, он рационализировал функцию своего чтения: он позволял себе читать лишь книги не беллетристического содержания, пытаясь в процессе чтения заниматься самообразованием. Однако сейчас он начал более отчетливо осознавать, что чтение только мешает ему избавиться от депрессии.

## Внешние стратегии контроля

Разница между внутренними и внешними стратегиями носит несколько произвольный характер (последняя относится к более наружным картинам поведения), тем не менее я полагаю важным позаботиться о минимизации количества форм экспериенциального избегания, которые могут быть упущены из виду. Среди стратегий внешнего контроля использование наркотических веществ для эмоционального регулирования (самолечение) является, возможно, самой распространенной стратегией, что отражается в высоких коэффициентах коморбидности, наблюдающихся между депрессией и употреблением наркотиков/наркозависимостью, в более общем случае, и высоких коэффициентах коморбидности между расстройствами, связанными с сильными перепадами настроения, и расстройствами, связанными с злоупотреблением алкоголем, в частности [*Regier* et al., 1990].

Употребление дополнительных веществ — то ли в форме лекарств, находящихся в свободной продаже или отпускаемых по рецепту врача, то ли в форме “легких наркотиков” (таких, как марихуана, метамфетамин, кокаин, и т.п.) — может выполнять такую же функцию эксперинциального избегания и не должно ускользнуть от внимания терапевта. Соответственно, у всех депрессивных клиентов необходимо выяснять степень употребления ими наркотических веществ для регулирования своего дисфорического настроения (например, “Употребляете ли вы когда-либо алкоголь и принимаете ли вы какие-либо наркотические вещества, чтобы чувствовать себя лучше?”). Знание конкретных употребляемых веществ в большинстве случаев менее критично, чем идентификация конкретных аффективных состояний, мыслей, воспоминаний и других личных событий, от которых клиент стремится убежать, поскольку их знание позволяет вам предложить альтернативные способы реагирования на них в рамках терапии.

Вторая распространенная форма внешнего контроля связана с частыми всплесками интенсивных действий, таких как поглощение пищи, походы по магазинам, азартные игры и/или половые акты, т.е. всем тем, что в совокупности рассматривается некоторыми специалистами как “аддиктивное поведение” [*Nakken,* 1996]. Несмотря на то, что лично я сомневаюсь в целесообразности использования термина “аддикция” (пристрастие) применительно к такому поведению, я все же считаю важным оценивать их потенциал с точки зрения выполнения ими функции экспериенциального избегания/регулирования настроения. Задавая клиенту вопрос типа “Можете ли вы указать какие-то конкретные занятия, за которые вы принимаетесь, когда у вас возникает подавленное настроение и вы хотите как-то улучшить его?”, вы осторожно “прощупываете” клиента на предмет использования им стратегий внешнего контроля в форме наружных проявлений компульсивно-подобного поведения.

## Стратегии контроля, специфические для конкретной ситуации

Депрессию принято рассматривать как достаточно стабильное психологическое состояние, которое “сопровождает” клиентов и считается

гораздо менее отзывчивым на ситуационные факторы, чем другие, более переходные эмоциональные состояния, такие как тревога. Тем не менее, несмотря на вариации, обусловленные индивидуальными различиями, колебания дисфорического настроения и связанные с ними мысли, телесные ощущения и т.п. также оказываются контекстно-специфическими [*Penner, Shiffman, Paty,* & *Fritzsche,* 1994], из чего можно сделать вывод, что избегание таких ситуаций может выполнять еще один тип эмоционального контроля. Чтобы выяснить это, вы можете спросить у своих клиентов: "Есть ли что-то такое, что вы не склонны делать, или места, куда вы не склонны ходить, поскольку то и другое вызывает у вас приступ еще большей депрессии?" Очевидно, что некоторые избегаемые занятия и ситуации будут оказывать более пагубное влияние на способность клиента жить в соответствии со своими ценностями, чем другие. Перестать ходить в кино — либо самому, либо с друзьями — только потому, что клиент делал это с супругой, с которой он сейчас в разводе, было бы довольно нелогично. Решение клиента жестко ограничить контакты со всеми друзьями, поскольку один из них очень похож на близкого клиенту человека, который недавно умер, может быть логичным. Может быть полезным составление списка избегаемых занятий и/или ситуаций, поскольку наличие такого списка поможет впоследствии правильно подбирать для клиента домашние задания типа "столкновения с реальной ситуацией".

## Внутрисессионные стратегии контроля

Поведенческие терапевты явно не входят в число тех специалистов по психическому здоровью, которые первыми признали, что ряд картин поведения, демонстрируемых клиентами в ходе их взаимодействия с терапевтами, также могут выполнять функцию экспериенциального избегания [*Waterhouse* & *Strupp,* 1984]. Это явление безусловно подтверждается в ACT [*Hayes* et al., 1999, pp. 130–132], но подчеркивается с еще большей определенностью в функционально-аналитической психотерапии (ФАП; [*Kohlenberg* & *Tsai,* 1987, 1991]). Как указывалось в главе 1, ФАП можно также рассматривать как часть третьего поколения поведенческой терапии, причем ФАП полностью совместима с ACT.

По сути, ФАП можно легко сочетать и объединять с АСТ, что привело даже к появлению афоризма "Если вы выполняете АСТ и не выполняете ФАП, то вы не выполняете АСТ". (Я полагаю, что впервые услышал это от Келли Уилсон, но, к сожалению, не могу вспомнить точную дату или обстоятельства, при которых прозвучало это высказывание.) Более подробную информацию о ФАП и ее описание можно найти в книге Коленберга и Цая.

Одно из предположений ФАП заключается в том, что клинически релевантное поведение со стороны клиентов, которое наблюдается за пределами терапии, вполне вероятно, проявится и во время сеансов терапии, хотя, возможно, не точно в такой же форме. Применительно к эмоциональному контролю это предполагает, что у вас, наверное, будет возможность наблюдать какие-то картины поведения, которые в ходе вашего общения с клиентом выполняют функцию экспериенциального избегания/бегства. Например, клиенты могут пытаться избегать мыслей или разговоров об определенных вещах, которые являются для клиентов особенно эмоционально болезненными. Они могут достигать этого разными вербальными, а также невербальными способами. Вербальный способ может включать резкое изменение темы разговора, выдачу уклончивого ответа на какой-либо вопрос, внезапное умолкание или, наоборот, всплеск разговорчивости, касающейся в основном каких-то посторонних вещей. Типичные невербальные формы внутрисессионного эмоционального контроля могут включать отворачивание клиента в сторону и избегание прямого зрительного контакта с терапевтом. Соображения по поводу того, как реагировать терапевтически на такие картины поведения клиента, будут изложены в главе 6.

## Выявление ценностей клиента

Мой собственный опыт позволяет мне утверждать, что при выполнении АСТ процесс выявления ценностей клиента лучше всего рассматривать как постоянный, непрекращающийся процесс. Это обусловлено не тем, что на протяжении типичного курса терапии сама про себе система ценностей клиента может претерпевать существенные изменения,

а тем, что, как указывалось в предыдущей главе, зачастую клиенты говорят то, что, как им кажется, вы хотите услышать от них. То есть, когда вы задаете клиенту прямой вопрос о том, каковы его ценности, он пытается угадать, какой ответ понравится вам. Поэтому мне представляется целесообразным выявлять ценности клиента многократно, разными способами, прямыми и косвенными, определяя, совпадают ли ответы клиента при каждом очередном оценивании. Здесь мы обсудим косвенные способы первоначального выявления ценностей. Более прямые способы дальнейшей идентификации и прояснения ценностей клиента мы рассмотрим в главе 7.

## *Постановка целей*

Возможно, в значительной мере потому, что глава, посвященная выявлению ценностей (глава 8) в книге Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999], отстоит более чем на две трети от начала этой книги, было бы вполне естественным полагать, что ценности клиента следует выявлять скорее на более позднем, чем на раннем этапе терапии. Однако я рекомендую вам выполнять по крайней мере предварительное выявление ценностей на раннем этапе терапии: подходящим временем для этого является момент, когда вы обсуждаете с клиентом цель терапии. Ценности и цели — не одно и то же, но обсуждение целей с вашими клиентами может помочь вам также получить начальную оценку их ценностей. Ценности служат важной точкой отсчета, вокруг которой можно выстраивать другие коренные процессы, связанные с ACT — например, разделение уместно, с терапевтической точки зрения, лишь в контексте выявления ценностей, — а ранняя идентификация и прояснение ценностей помогает направлять и оценивание, и лечение. Кроме того, четкое формулирование ценностей вашего клиента может в какой-то мере служить оправданием значительной психологической боли и страдания, испытываемых клиентом как в рамках терапии, так и вне их, если он твердо намерен продолжать жить в соответствии со своими ценностями.

Ценности клиента являются не единственными ценностями, которые важны при ACT; ваши ценности также важны. Когда вы спрашиваете, обычно во время начальной сессии с новыми клиентами, каковы

их цели в терапии, внимательно прислушивайтесь к их ответам, чтобы определить, насколько эти цели адекватны в целом и не противоречат ли они вашим собственным ценностям. Еще важнее то, что знание целей ваших клиентов также поможет вам лучше понять их отношение к своей депрессии. Мой собственный опыт свидетельствует о следующем: гораздо вероятнее, что цели, сформулированные вашими клиентами, в большей мере касаются их желания достичь успеха в экспериенциальном контроле (например: "Я хочу быть счастливым", "Я хочу избавиться от депрессии", "Я хочу, чтобы мои представления о себе изменились в лучшую сторону", и т.п.), чем их желания вести более полноценную и осмысленную жизнь — жизнь в соответствии с собственными ценностями. Хотя такие цели являются неподходящими терапевтическими задачами в рамках АСТ, обсуждение их, тем не менее, предоставляет отличную возможность для косвенного выявления ценностей и дальнейшего ознакомления ваших клиентов с АСТ.

## Иллюстративный диалог

Ниже представлен типичный разговор между терапевтом и клиентом, который мог бы произойти на этой стадии оценки в целом.

*Терапевт.* Вы сказали, что цель, которую вы поставили перед собой при прохождении этого курса терапии, заключается в том, чтобы снизить у себя уровень депрессии. Я понимаю, что это очень важно для вас, и мне хотелось бы, чтобы вы помогли мне понять, почему вы поставили перед собой именно такую цель. Если бы вам не пришлось больше бороться со своей депрессией так, как вы боролись с ней до сих пор, как изменилась бы ваша жизнь в этом случае?

*Клиент.* Если бы я почувствовал себя лучше, вся моя жизнь изменилась бы к лучшему.

*Терапевт.* Не могли бы вы выражаться несколько конкретнее? Представьте, что в вашем распоряжении появилось время, силы и энергия, которые вы ранее расходовали на попытки улучшить свое самочувствие. Теперь вы можете тратить их

по-другому — на все, что кажется вам нужным и важным. Как бы вы тратили их? Чем бы вы занимались?

*Клиент.* Наверное, я проводил бы больше времени со своими друзьями и уделял бы больше внимания своей жене и детям. Когда меня охватывает депрессия, я становлюсь чрезмерно ворчливым и невыносимым для окружающих. В такие минуты я становлюсь ненавистен себе.

*Терапевт.* Похоже на то, что ваши отношения с другими людьми — друзьями и членами вашей семьи — очень важны для вас. Хотите ли вы проводить больше времени и заниматься какими-то делами с людьми, которые важны для вас настолько, что возможность полноценного общения с ними могла бы стать одной из целей вашего лечения?

*Клиент.* Разумеется, но я не знаю, как достичь этой цели, учитывая мое нынешнее состояние.

*Терапевт.* Это вполне возможно. Но для начала я предлагаю вам напрячь свое воображение и представить другой мир. Допустим, вам предлагают на выбор два варианта. Вариант *А*: вы полностью избавляетесь от депрессии и чувствуете себя намного лучше, чем сейчас. Но все это ценой того, что вы не сможете больше общаться со своими друзьями, женой и детьми; более того, вы никогда больше не увидите их. Вариант *Б*: вы можете сколько угодно общаться со своими друзьями и семьей, но при этом ваш уровень депрессии, возможно, останется прежним. Возможно, он изменится в лучшую сторону, а возможно — нет. Какой из этих двух вариантов вы предпочитаете?

*Клиент.* Мне, конечно, хотелось бы избавиться от своей депрессии, но при этом иметь возможность общаться с друзьями и семьей.

*Терапевт.* Понимаю, чего вам хотелось бы. Допустим все же, что ваше желание неисполнимо и в вашем распоряжении есть лишь два варианта, предложенные мною. Какой из них вы предпочитаете?

*Клиент.* Общаться с моими друзьями и семьей.

*Терапевт.* Попробуем придумать, что можно было бы сделать для того, чтобы вы могли проводить больше времени со своими друзьями и семьей. В такого рода диалогах с клиентами я предпочитаю не пользоваться фразами, наподобие "Если бы у вас не было депрессии,...", чтобы избежать намеков на то, что целью терапии является эмоциональный контроль. В то же время оформление этого именно в таком виде, по крайней мере в самом начале терапии, наверное, не столь критично для достижения нужного результата, поскольку у терапевта будет еще немало возможностей подчеркнуть, что это — то есть, избавление от депрессии как таковой — не является целью АСТ. На данном этапе вы можете договориться с клиентом, что проводить больше времени с друзьями и семьей является одной из конечных целей АСТ. Однако вам было бы гораздо труднее прийти к консенсусу относительно того, какими должны быть *цели процесса* — то есть, каким образом будет достигнута такая конечная цель АСТ. На данном конкретном этапе терапии такой вопрос не является для нас критичным, поскольку отвечать на него можно в ходе развертывания терапии. В частности, вполне вероятно, что клиент будет неоднократно возвращаться к цели процесса как желанию "чувствовать себя лучше" до тех пор, пока повестка контроля не будет отброшена за ненадобностью в результате наращивания работы по разделению, принятию и индуцированию у клиента творческой безнадежности.

Оформление затруднительного положения клиента как некоего гипотетического выбора служит по меньшей мере двум целям. Во-первых, оно помогает прояснить ценности клиента, обеспечивая начальное оценивание того, ради чего клиент готов терпеть страдания. В этом смысле такой гипотетический вопрос является производным более общего вопроса: "Что в этой жизни является настолько важным для вас, что вы были бы готовы испытывать муки депрессии, только бы получить это?"

Во-вторых, этот выбор повышает психологическую гибкость, вызывая альтернативное поведение, даже если кратковременно и лишь в воображении.

Законное беспокойство по поводу того, что клиент может просто делать социально желательный выбор (вариант *Б*), было бы более обоснованным, если бы представленный выше диалог являлся лишь способом выявления ценностей. Например, оценивая склонность клиента к суициду, вы получаете возможность косвенно оценить относительную силу ценности, которая следует из варианта *Б*, выясняя, в какой мере она затеняется вариантом *А*. В конце концов, обдумывая возможность совершения самоубийства, клиенты нередко ставят избавление от своих страданий (вариант *А*) выше всего остального в своей жизни. Дальнейшее оценивание, несомненно, потребовалось бы, если бы клиент выбрал вариант *Б*, но его готовность совершить самоубийство была очень высокой.

## *Связь со страданием*

Как отмечалось в главе 2, там, где вы найдете у своих клиентов страдание, вы найдете и их ценности [*Wilson,* 2005]. Это предоставляет весьма действенный и дополнительный косвенный способ выявления ценностей. Страдание и ценности неразделимы и представляют собой лишь две стороны одной и той же "экспериенциальной медали": мы не испытываем эмоциональной боли в связи с чем-то таким, что совершенно неважно для нас. Довольно часто клиенты, рассказывая историю своей жизни и объясняя, что заставило их обратиться за помощью к терапевту именно сейчас, сообщают терапевту о том, что, по их мнению, является основными источниками и областями страдания в их жизни. Пытаясь выяснить, какие их ценности подверглись опасности или, возможно, были даже грубо попраны, задайте, в случае необходимости, уточняющие вопросы. Вопросы типа "Что самое ужасное заключается для вас в депрессивном состоянии?", или "Почему депрессивное состояние является для вас столь ужасным?", или "Как депрессивное состояние изменило вашу жизнь?", если задавать их тактично, могут пролить свет на ценности, скрывающиеся за страданиями клиента.

Может также оказаться полезным задать более конкретные и вместе с тем похожие вопросы относительно важных жизненных событий, например относительно неудачного бизнес-проекта, о котором упомянул клиент. С какими базовыми ценностями связано страдание, вызванное таким событием? Возможно, пострадало ощущение автономности и самоопределения клиента, когда ему, в результате краха его собственного бизнес-проекта, пришлось работать на кого-то другого? Возможно, он кажется себе плохим отцом, поскольку не смог обеспечить финансовую поддержку своим детям? Было ли это сочетанием того и другого, или здесь замешана какая-то другая, критически важная базовая ценность? Попытаться найти ответы на эти вопросы можно, задав уточняющий вопрос, например: "Возможно, вас сильно расстроил крах вашего бизнес-проекта?" В случае необходимости можно предложить клиенту закрыть глаза и, сосредоточившись, попытаться вызвать у себя в памяти мысли, чувства, ощущения в теле и т.п., которые возникли у него в тот момент, когда он осознал, что его бизнес-проект действительно потерпел неудачу. Таким же процессом можно воспользоваться, предложив клиенту вспомнить, какие мысли, чувства, ощущения в теле и т.п. возникли у него, когда ему пришлось заниматься вещами, которые стали следствием краха его бизнес-проекта (например, заниматься поиском новой работы и рассказывать своим детям, почему он ищет новую работу).

## Соответствие действий клиента его заявленным ценностям

Ваша начальная оценка ценностей клиента создает условия для проведения предварительной оценки того, насколько реальные действия клиента (или его бездействие) отвечают его заявленным ценностям. Выясняя наличие такого соответствия, обращайте внимание не только на действия, соответствующие ценностям клиента, но не предпринимавшиеся им, но и на действия, несовместимые с ценностями клиента, однако предпринимавшиеся им (возможно, даже с чрезмерным усердием).

## *Поведенческие дефициты*

Клиенты, подавленные депрессией, не живут полнокровной жизнью, отвечающей их ценностям. На уровне наружного поведения это проявляется главным образом в том, что такие клиенты *не* делают. К этому моменту процесса начального оценивания вы уже выслушали историю жизни клиента и выяснили цели терапии. Таким образом, вы накопили значительный объем информации по этому вопросу. Например, у клиента, который сказал, что его целью является проводить больше времени с семьей и друзьями, можно спросить, чем конкретно он обычно занимается, когда проводит время с семьей и друзьями (например: "Чем конкретно вы занимались, проводя время с семьей или друзьями, до того как у вас наступила депрессия?" и "Чем сейчас вам хотелось бы заниматься, проводя время с семьей или друзьями?").

Полагаю, было бы важно — для более тщательного начального оценивания — задать подобные вопросы о других занятиях клиента, которые могут быть менее тесно связаны с его ценностями, но которым клиент стал уделять гораздо меньше времени (или вообще прекратил их), после того как у него наступила депрессия (например, "От каких занятий, которым вы раньше уделяли много времени, вам пришлось сейчас отказаться?"). Обратите внимание, что предлагаемый вопрос не касается развлечений (т.е. занятий, доставляющих удовольствие), хотя вы можете спросить и о них (то есть, "От каких занятий, которые раньше доставляли вам удовольствие, вам пришлось сейчас отказаться?"). Это объясняется тем, что не все занятия, отвечающие ценностям клиента (например, работа), обязательно доставляют ему удовольствие, и не все занятия, доставляющие ему удовольствие, отвечают его ценностям.

Представляется вполне разумным рассматривать преддепрессионную жизнь ваших клиентов как в большей мере отвечающую их ценностям, чем их нынешнее существование (хотя такое допущение, конечно же, нельзя считать всеохватывающим). В тех же случаях, когда такое допущение верно, по крайней мере некоторые аспекты их депрессии ("поведенческие дефициты"), вероятно, связаны с тем, что клиенту пришлось отказаться от занятий, отвечающих его ценностям. В главе 7

мы подробно обсудим дополнительное оценивание, которое вы могли бы выполнить, чтобы выяснить этот вопрос, а также способы прояснения барьеров, мешающих клиенту заниматься тем, что соответствует его ценностям. На данном этапе процесса ваша цель заключается в том, чтобы выявить поведенческие дефициты, которые можно рассматривать как вероятных кандидатов на занятия, отвечающие ценностям клиента, но прерванные им из-за депрессии.

## *Поведенческие излишества*

По всей вероятности, к этому времени вы уже выявите — особенно в процессе первоначального оценивания вами стратегий эмоционального контроля — определенные занятия клиентов, частота, интенсивность и/или продолжительность которых увеличилась с возникновением у них депрессии. Тем не менее, чтобы выполнить более исчерпывающее первоначальное оценивание, спросите клиента о других поведенческих излишествах (например, "Есть ли какие-то другие занятия, которым вы стали уделять больше внимания и времени, после того как у вас появилась депрессия?"). Оцените любые занятия, указанные клиентом, в сравнении с первоначальной оценкой ценностей. Возможно, что некоторые поведенческие излишества, не выявленные вами ранее (например, чрезмерно длительный сон), могут рассматриваться как относительно "нейтральные по отношению к ценностям" и как такие, которые не обслуживают базовые ценности клиента, но и не нарушают их. Однако другие, такие как обдумывание возможности завести внебрачные отношения, могут быть не только несовместимы с такой ценностью как "образцовые супружеские отношения", но и представлять собой еще одну форму экспериенциального бегства и избегания (то есть, "Возможно, это позволит мне почувствовать себя лучше хотя бы на какое-то время"). При необходимости, расспросите клиента о конкретной связи между данным занятием и какой-либо из очевидных ценностей этого клиента (например, "Каким образом ваше желание поспать подольше связано с вашим желанием проводить больше времени с вашими друзьями и семьей? Способствует ли это как-то вашей потребности проводить больше времени с друзьями и семьей?").

## Слияние

Оценивание слияния, проводимое вами в рамках ACT, подобно оцениванию ценностей клиента, является непрекращающимся процессом. О слиянии целесообразно думать в контексте ценностей клиента. Любой вербальный материал, с которым слился клиент (этот вербальный материал может принимать форму автоматических мыслей, высказывания предположений или изложения жизненной истории) и который мешает клиенту заниматься вещами, отвечающими его ценностям, в конечном счете должен подвергнуться разделению. С этой точки зрения, одной из целей первоначального оценивания, ведущего к предварительной концептуализации и формулированию кейса в рамках ACT, является идентификация либо отдельно взятых реляционных фреймов, либо сетей реляционных фреймов для последующего их разделения. Я уже предлагал в этой (а также в предыдущей) главе значительное число способов выявления такого "слившегося" материала (о других способах мы поговорим в главе 6). Таким образом, мне хотелось сделать лишь несколько дополнительных комментариев по поводу оценивания разделения на разных языковых уровнях.

### *Автоматические мысли*

При необходимости, расспрашивание ваших клиентов о конкретных мыслях, возникающих у них, когда они особенно сильно ощущают гнет депрессии, может быть использовано для дополнения альтернативных стратегий по их идентификации. Вы можете делать это, прислушиваясь к спонтанным высказываниям ваших клиентов и/или улавливая эмоциональные составляющие "горячих когниций" (т.е. автоматические мысли, которые сопутствуют сильным чувствам). Например, просто спросив у клиента "Какие мысли у вас возникают в моменты, когда вы особенно сильно ощущаете гнет депрессии?", вы используете, наверное, самый непосредственный дополнительный способ выявления у клиента других автоматических мыслей, с которыми он слился. Как альтернативный вариант, попросите своего депрессивного клиента вспомнить какой-либо недавний болезненный момент и обратите внимание,

какие мысли у него возникают при этом (например, "Закройте глаза и вспомните случай, когда вы разговаривали со своей женой и сказали ей, что не хотите ужинать с ней. Обратите внимание, какие мысли возникают у вас при этом, и опишите мне эти мысли").

## *Высказывание предположений*

Как указывалось ранее, вы можете без особого труда идентифицировать многие из предположений, высказываемых клиентами по поводу возникновения у них депрессии. Для этого нужно просто внимательно прислушиваться к их жизненным историям. Однако чтобы прояснить любую неоднозначность, проверьте свои выводы относительно того, что вы услышали от своего клиента: "Давайте посмотрим, правильно ли я понял то, что вы рассказали мне. Итак, вы полагаете, что главными причинами вашей депрессии являются *X*, *Y* и *Z*. Правильно ли я понял вас? Не упустил ли я что-либо? Есть ли у вас какие-то другие предположения относительно возникновения у вас депрессии?"

## *Изложение жизненной истории*

Используйте аналогичную стратегию подведения итогов и предложения клиенту подтвердить правильность ваших выводов, чтобы проверить свою первоначальную оценку слияния с жизненной историей, которую вы сформулировали, просто выслушав рассказ клиента. При этом уделите особое внимание свидетельствам того, что ваш клиент мог попасть в ловушку собственной "правоты" и/или "выступления в роли жертвы". Такие типы слияния могут оказаться особенно сложными с терапевтической точки зрения. (Подробнее об этом мы поговорим в главе 10.) При необходимости, проверьте свою оценку, обратившись к клиенту примерно с такими словами: "Поправьте меня, если я неправ, но у меня сложилось впечатление, что вы твердо убеждены в том, что депрессия у вас не возникла бы, если бы члены вашей семьи относились к вам лучше". Такая формулировка могла бы также подтвердить опыт клиента и укрепить таким образом ваши терапевтические отношения.

## Три ощущения собственного *Я*

Последней областью, которую необходимо оценить в процессе первоначального оценивания, являются ощущения собственного *Я* у вашего клиента. Основываясь на соответствующих коренных процессах майндфулнесс и *Я* как контекста, АСТ различает три главных ощущения собственного *Я*: *Я* как процесс, *Я* как концепция и *Я* как контекст [*Hayes* et al., 1999, pp. 181–187]. Рассмотрим сейчас каждое из них по отдельности.

### *Я как процесс*

*Я как процесс* обозначает нашу способность постоянно осознавать наш поток психологических реакций и экспириенсов, возникающих здесь и сейчас. Однако слишком часто мы не осозна*е*м их, в смысле определения *майндфулнесс,* которое предложил Кабат-Зинн [*Kabat-Zinn,* 1995, p. 4], — то есть, особого способа обращать внимание: “целенаправленно, в данный момент, не вынося каких-либо суждений”. Экспериенциальное избегание и слияние ухудшают *Я* как процесс. Степень этого ухудшения непосредственно коррелирует с уровнями экспериенциального избегания и слияния. Таким образом, оценивание вами этих двух процессов уже позволяет хотя бы в какой-то мере составить представление о том, какую часть своего времени ваш клиент проводит (мысленно) в прошлом или будущем, а не в настоящем времени — “здесь и сейчас”. Для получения более полной оценки нужно рассмотреть и оценить уровни руминации (пребывания в прошлом) и беспокойства (пребывания в будущем), демонстрируемые вашим клиентом, а также его спонтанные высказывания о прошлом или будущем, вместо того чтобы жить в настоящем.

Хотя обычно в этом нет необходимости, вы можете напрямую спросить своего клиента о том, сколько времени он проводит в размышлениях о прошлом или будущем (например, “Сколько времени вы проводите, размышляя о прошлом или будущем? Если это занимает достаточно много времени, расскажите мне, пожалуйста, о чем именно вы размышляете?”). В более драматических случаях такая поглощенность прошлым или будущим может стать очевидной в ходе вашего общения

с клиентом, который имеет несколько рассеянный вид (создается впечатление, что он “витает в облаках”).

## *Я как концепция*

Я *как концепция*, как это используется в ACT, означает наши взаимосвязанные мысли о самом себе. С точки зрения ТРФ, каждый из нас выстраивает некую реляционную сеть, которая помогает нам определить, кто мы, и рассказывает историю нашей жизни.

Большинство депрессивных клиентов склонно к частым и спонтанным негативным самооценкам (например: “Я болван” или “Трудно поверить, что я могу быть таким идиотом”). Если ваш клиент не произносит ничего подобного, спросите у него напрямую, что он думает о себе (например: “Как бы вы могли описать себя?”). Зачастую бывает полезно поинтересоваться не только негативными аспектами концептуализированного *Я* (то есть, “Что вам больше всего не нравится в самом себе?”), но и позитивными аспектами концептуализированного *Я* (например: “Что вам больше всего нравится в самом себе?”), чтобы определить, являются ли эти позитивные аспекты равноправной частью общей картины. Если клиент отвечает фразой “Я не знаю”, “Не могу сказать вам что-то определенное”, или даже более решительным “Ничего”, это может отражать очень тесное слияние с ущербным концептуализированным *Я*.

Вы можете также оценить степень воздействия такого слияния с ущербным концептуализированным *Я* на психологическую негибкость, несколько изменив некоторые из вариантов вопросов, предложенных выше в контексте постановки терапевтической цели (например, можно задать такой вопрос: “Если бы ваше мнение *о себе* было лучшим, чем сейчас, как могла бы измениться ваша жизнь?”). Относительно пространный и подробный ответ, увязывающий концептуализированное *Я* с *поведенческой пассивностью*, т.е. отсутствием действий, определяемых и направляемых ценностями клиента (например, “Я задумался бы о том, как изменить свою профессиональную карьеру” или “Я всерьез рассмотрел бы возможность повторного брака”), указывает на необходимость проведения значительной работы по разделению в этой области, чтобы

клиент смог отделиться от своего ущербного концептуализированного *Я* и продолжить вести полноценную жизнь.

## *Я как контекст*

Во время процесса самоосознания возникает еще один аспект нашего *Я*, который осознает то, что осознаем мы. Эта точка зрения, с которой возможно самоосознание, — то, что в АСТ называется "наблюдателем" или "наблюдающим *Я*" [*Hayes* et al., 1999, p. 184] — составляет *Я как контекст.*

Из всех коренных процессов, имеющих отношение к АСТ, тот, в котором участвует *Я* как контекст, оказался самым трудноуловимым с точки зрения оценивания. Это не должно вызывать удивления с учетом его достаточно эфемерной природы и отсутствия формы. К сожалению, я не могу предложить вам варианты вопросов, которые вы могли бы задать своим клиентам, чтобы оценить степень, в которой они находятся в контакте с трансцендентным ощущением собственного *Я*. На первый взгляд, можно было бы задать клиенту вопрос: "Насколько духовной личностью вы считаете себя?", но скорее всего, многие клиенты дадут заведомо социально-желательный ответ на этот вопрос. Более формальных способов оценивания в настоящее время также нет. Хотя уже разработаны анкеты для оценивания других процессов в упоминавшемся нами шестиугольнике, заполняемые самими клиентами, усилия, направленные на эмпирическое исследование связи между *Я* как контекстом и психологической гибкостью путем использования "бумажно-карандашного" показателя духовности и AAQ, соответственно, не вселяют в нас большие надежды [*McDaniel* & *Zettle,* 2006].

По умолчанию, оказывается, что наилучший способ выполнять текущее оценивание ощущения собственного *Я*, которое не несет в себе содержания, заключается в том, чтобы делать это косвенно, через оценку слияния с концептуализированным *Я*. Поскольку жесткая привязанность к концептуализированному *Я* препятствует контакту с трансцендентным ощущением собственного *Я*, чем больше слияние с *Я* как концепцией, тем вероятнее, что процесс, в котором задействовано *Я* как контекст, подвергается опасности.

## Заключение

Оценивание коренных процессов, связанных с ACT, в вашей работе с депрессивными клиентами представляет собой динамический процесс, не прекращающийся в течение всего курса терапии. В этой главе мы рассмотрели предложения, касающиеся выполнения предварительного оценивания с целью получения достаточного объема информации для последующего формулирования начальной, индивидуализированной, совместимой с ACT концептуализации кейса для каждого из ваших клиентов. Затем эта информация может быть использована для управления ранними стадиями лечения. Бо́льшая доля этого оценивания сводится к собеседованию с клиентами, которое происходит во время первых сессий с ними и, следовательно, предусматривает такое общение с ними, в результате которого происходит одновременно установление и налаживание терапевтических отношений с клиентами. Ряд вопросов оценивания, предложенных в этой главе, сведен в табл. 4.1. Данные в этой таблице организованы по процессам, которые оцениваются с помощью указанных вопросов.

Можно также выполнить более формальное оценивание большинства коренных процессов путем использования всевозможных "бумажно-карандашных" показателей. Ряд таких анкет перечислен в табл. 4.2. Я не рекомендую использовать эти инструменты как единственную форму оценивания — они должны лишь служить дополнением к вашей оценке, выполненной путем интервьюирования ваших клиентов. Другим очевидным вариантом их применения является их использование в качестве показателей процессов при научном исследовании механизмов изменений в рамках ACT [*Zettle* & *Hayes*, 1986]. Некоторые из таких анкет (например, AAQ и RFD) уже упоминались нами; их возможное применение — наряду с несколькими другими, о которых мы еще не упоминали — будет обсуждаться подробнее в последующих главах, когда мы продолжим рассмотрение взаимосвязи между вопросами оценивания и лечения в рамках ACT.

**Таблица 4.1. Оценивание коренных процессов, связанных с АСТ: предлагаемые варианты вопросов**

| Процесс | Вопросы |
|---|---|
| **Экспериенциальное избегание** | К каким типам профессиональной помощи вы прибегали ранее, пытаясь улучшить свое самочувствие? |
| Суицидальность | Можете ли вы рассказать мне о своем опыте размышлений о возможности совершить самоубийство или о своем опыте попыток совершить самоубийство? |
| | Чего вы надеялись достичь, когда совершали попытки лишить себя жизни? |
| Внутренние стратегии контроля | Как часто вы пытаетесь вытеснить из своего сознания депрессивные мысли и чувства, пытаясь думать о каких-то других вещах? |
| Внешние стратегии контроля | Как часто вы употребляете алкогольные напитки или другие вещества (например, наркотики), чтобы почувствовать себя лучше? |
| | Есть ли какие-то другие конкретные дела, которыми вы занимаетесь, когда у вас наступает угнетенное состояние, чтобы почувствовать себя лучше? |
| Стратегии эмоционального контроля, специфические для конкретной ситуации | Есть ли что-то такое, что вы не склонны делать, или места, куда вы не склонны ходить, поскольку то и другое вызывает у вас приступ еще большей депрессии? |
| **Слияние** | |
| Автоматические мысли | (*В ответ на слезы клиента*) О чем вы думаете прямо сейчас? |
| | Какие мысли у вас возникают в моменты, когда вы особенно сильно ощущаете гнет депрессии? |
| Высказывание предположений | Что, на ваш взгляд, послужило причиной вашей депрессии? |
| Изложение жизненной истории | Можете ли вы рассказать мне о своих впечатлениях от депрессии в течение вашей жизни? |

| Процесс | Вопросы |
|---|---|
| ***Я*** **как процесс/ майндфулнесс** | Сколько времени вы проводите, размышляя о прошлом или будущем? |
| ***Я*** **как концепция** | Как бы вы описали себя? |
| | Что вам больше всего не нравится в самом себе? |
| | Что вам больше всего нравится в самом себе? |
| | Если бы ваше мнение о себе было лучшим, чем сейчас, как могла бы измениться ваша жизнь? |
| **Выявление ценностей клиента** | Какие цели вы ставите перед собой, приступая к курсу терапии? |
| | Если бы вам больше не приходилось бороться с депрессией, как изменилась бы ваша жизнь? |
| | Что кажется вам самым плохим в депрессивном состоянии? |
| | Как изменило вашу жизнь пребывание в депрессии? |
| | Что с вами случилось такого (конкретное событие в жизни), что вызвало у вас столь сильную депрессию? |
| **Соответствие действий клиента его заявленным ценностям** | |
| Поведенческие дефициты | Можете ли вы указать занятия, которым вы уделяли много времени до появления у вас депрессии, но не уделяете им времени сейчас? |
| Поведенческие излишества | Можете ли вы указать занятия, которым вы стали уделять много времени после появления у вас депрессии? |

Моим личным предпочтением как клинициста, помимо научных соображений, является избирательное применение большинства таких анкет как части непрерывно длящегося процесса оценивания, по мере необходимости. Они могут оказаться полезными, когда в текущем

лечении возникают затруднения. Альтернативной стратегией, которая будет подробно обсуждаться в главе 9, является применение их коллективно как части долечебного комплекса оценивания. Как бы вы ни использовали эти анкеты — по мере необходимости или в качестве долечебного комплекса оценивания, — используйте их для того, чтобы сформулировать концептуализацию кейса и связанный с ней индивидуализированный план лечения. Чтобы определить, какой именно вариант — по мере необходимости или в качестве долечебного комплекса оценивания, — более эффективен (с точки зрения результатов лечения), понадобятся дальнейшие исследования.

**Таблица 4.2. Оценивание коренных процессов, связанных с АСТ: формальные показатели**

| Процесс | Показатель |
|---|---|
| **Психологическая гибкость** | Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; [*Hayes, Strosahl, Wilson* et al., 2004]) |
| **Экспериенциальное избегание** | |
| Подавление мыслей | White Bear Suppression Inventory (WBSI; [*Wegner* & *Zanakos,* 1994]) |
| Руминация | Response Styles Questionnaire (RSQ; [*Nolen-Hoeksema* & *Morrow,* 1991]) |
| **Слияние** | |
| Мысли | Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; [*Hollon* & *Kendall,* 1980]) |
| Высказывание предположений | Reasons for Depression Questionnaire (RFD; [*Addis* et al., 1995]) |
| ***Я* как процесс/ майндфулнесс** | Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; [*Baer, Smith,* & *Allen,* 2004]) |
| ***Я* как концепция** | Rosenberg Self-Esteem Scale (RES; [*Rosenberg,* 1965]) |
| **Выявление ценностей клиента** | Personal Values Questionnaire (PVQ; [*Blackledge* & *Ciarrochi,* 2005]) |
| | Valued Living Questionnaire (VLQ; [*Wilson* & *Groom,* 2002]) |

# ГЛАВА 5

# Формулирование и концептуализация кейса

Неудивительно, что двумя "глобальными" вопросами в рамках АСТ, на которые вам предстоит ответить при концептуализации кейсов депрессии, являются такие вопросы: 1) что нужно *принять,* чтобы лечение оказалось успешным; и 2) *ответственность* за что? Если воспользоваться несколько другой формулировкой, то необходимо прояснить — для каждого конкретного кейса — ценности, с которыми должны быть увязаны выявленные терапевтические цели вашего клиента, а также психологические экспириенсы и события, которые могут создавать препятствия действиям клиента, продвигающим его в направлении этих целей и связанных с ними ценностей. Например, вполне возможно, что направление значительного объема работы по разделению и принятию (например, негативные самооценки и жизненная история, наполненная сожалениями о каких-то действиях или бездействии и упущенных возможностях) может быть примерно одинаковым у двух клиентов, даже если их базовые ценности не совпадают. И наоборот, два других клиента могут быть похожи (если не идентичны) между собой по своим ценностям, но их жизненный путь может быть заблокирован разными типами слившегося материала и разными формами экспериенциального избегания.

В значительной мере эта глава служит мостом между начальным оцениванием коренных процессов, обсуждавшихся в предыдущей главе, и началом активных терапевтических интервенций, о которых мы расскажем в нескольких следующих главах. Говоря более конкретно, ваше формулирование и концептуализация каждого кейса депрессии могут быть связаны (в обратном направлении) с вашей предварительной оценкой важнейших коренных процессов и с составлением вами начального плана лечения (в прямом направлении).

## Указания по обработке информации

Указания по обработке информации начального оценивания, которую мы будем обсуждать в этой главе, в значительной мере соответствует предложениям Хейса, Штросаля, Луомы, и др. [*Hayes, Strosahl, Luoma,* et al., 2004]. По этой причине вам было бы полезно читать и использовать главы книги Хейса, Штросаля, Луомы, и др. в сочетании с материалом данной главы. Несколько более структурированным способом направления ваших мыслей об информации, собранной в ходе предварительного оценивания, является организация их в соответствии с формой начальной концептуализации кейса при использовании АСТ (приложение А), разработанной Джейсоном Лиллисом и Джейсоном Луомой [*Jason Lillis* & *Jason Luoma,* 2005]. Она предлагается здесь — с любезного разрешения ее авторов (за что я глубоко признателен им) — в несколько измененном формате.

Должен признать, что мне не известно о каких-либо проводившихся исследованиях, которые оценивали бы потенциальную лечебную полезность применения такой формы концептуализации кейса. Тем не менее я настоятельно рекомендую использовать эту форму в отношении по меньшей мере трех или четырех ваших депрессивных клиентов, чтобы оценить полезность такой формы для вас. В частности, сопоставьте свой собственный опыт и уровень успеха в применении АСТ к своей работе с депрессивными клиентами в случаях использования и не использования этой формы. Чтобы помочь вам в использовании этой формы (и возможном экспериментировании с ней), организация этой главы максимально соответствует возможному способу использования этой формы.

## Анализ представления проблемы

Вашей первой и главной задачей при концептуализации кейса является переформулирование того, как ваш клиент изложил свою проблему, и терапевтических целей с точки зрения АСТ. Поскольку материал этой книги фокусируется на работе с клиентами, страдающими депрессией, мне, возможно, следует сказать об этом несколько больше.

В частности, мне хотелось бы еще раз подчеркнуть, что депрессии зачастую сопутствуют другие диагностируемые формы человеческого страдания, особенно тревожные расстройства, а также употребление наркотиков и наркозависимость [*Brown, Campbell, Lehman, Grisham,* & *Mancill,* 2001; *Regier* et al., 1990]. По этой причине вам необходимо расспросить своих клиентов о том, есть ли у них еще какие-то проблемы, вопросы или озабоченности, помимо депрессии, с которыми им также хотелось бы разобраться во время терапии.

## *Вопросы коморбидности*

Несмотря на то что в главе 10 мы будем подробно обсуждать общие вопросы коморбидности, здесь нам представляется целесообразным рассмотреть некоторые соображения, касающиеся коморбидности. Если у клиента будет выявлена еще какая-либо проблема (например, паническое расстройство), необходимо проанализировать, каким образом она может быть функционально связана с депрессией этого клиента. При этом вам, возможно, придется сначала оценить очевидную вторичную проблему, чтобы определить ее функции. Одна вероятная возможность заключается в том, что панические приступы в этом случае выполняют во многом такую же функцию (функции), что и депрессия, и поддерживаются аналогичными коренными процессами, связанными с ACT (такими, как слияние, экспериенциальное избегание, и т.п.). В таких случаях, как указывалось в главе 1, ACT как трансдиагностический подход может приступить, по сути, к одновременному лечению обеих проблем, нацеливаясь на базовые функциональные процессы, которые рассматривались как центральные для обеих этих проблем.

Еще одна возможность, хотя, предположительно, менее вероятная с точки зрения ACT, заключается в том, что данному коморбидному состоянию не присущи какие-то из тех же самых процессов, связанных с ACT, которые присущи депрессии, однако оно все же связано с ней функционально. Например, в рассмотренном нами случае вполне вероятно, что панические приступы будут выполнять роль экспериенциального барьера для действий, обусловленных ценностями

клиента, особенно если они выработали достаточную степень соответствующего агорафобного избегающего поведения. Хотя типичная рекомендация в таких случаях заключается в том, чтобы сначала лечить тревогу, а затем депрессию, такой стратегии лечения не хватает эмпирической поддержки, а источником той незначительной эмпирической поддержки, которая все же имеется, являются исследования, касающиеся когнитивно-поведенческих интервенций второго поколения [*Joormann, Kosfelder, & Schulte,* 2005]. К настоящему времени, за очень немногими исключениями [*Batten & Hayes,* 2005; *Petersen,* 2007], способность АСТ одновременно и успешно облегчать совместно существующие формы человеческого страдания еще не оценивалась систематически. Например, мне ничего не известно хотя бы об одной работе, в которой рассматривалось бы лечение коморбидных депрессивного и тревожного расстройств. В отсутствие четких, эмпирически подтвержденных указаний на обратное, я полагаю, что начинать АСТ с выслушивания жалоб клиента на депрессию и подготовки к решению любых проблем, существующих совместно с депрессией или возникающих во время депрессии, наверное, так же разумно, как и пользоваться любой другой рекомендацией, которая может быть предложена терапевту.

Исходя из АСТ-модели человеческого страдания, третье — и даже еще менее вероятная — связь между депрессией и проблемами, возникающими параллельно ей, заключается в том, что депрессия и эти параллельные проблемы функционально не связаны между собой. Хотя это кажется совершенно невероятным в случае коморбидных панических приступов и депрессии, это может оказаться вполне правдоподобным, когда другая проявляющаяся проблема, представляет альтернативную форму тревожного расстройства, например какую-то конкретную фобию, или может быть диагностирована в рамках какого-то совершенно другого семейства расстройств, например как половая дисфункция. Независимо от конкретной природы этой другой проявляющейся проблемы, моя предыдущая рекомендация относительно перехода к дальнейшим действиям и инициирования АСТ с главным упором на депрессию представляется вполне оправданной

при условии, что вы будете следовать этой рекомендации достаточно гибко и в случае необходимости будете готовы перейти к какой-либо другой стратегии.

## *Цели терапевтического процесса и конечные цели*

Одна из сложностей, с которой приходится сталкиваться терапевтам, имеющим малый опыт работы с АСТ, заключается в уяснении разницы между целями процесса и конечными целями. *Конечные цели* означают конечный желательный исход терапии, такой как ведение жизни согласно своим ценностям, тогда как под *целями процесса* мы подразумеваем то, что должно произойти, чтобы были достигнуты эти конечные цели. Многие другие терапевтические подходы и традиции, включая когнитивно-поведенческие подходы, которые делают акцент на изменениях первого порядка, склонны рассматривать сокращение текущих жалоб клиентов как надлежащую цель лечения. Однако, как указывалось в предыдущей главе, то, что депрессивные клиенты обычно идентифицируют как свои цели лечения (например: "Я хочу улучшить свое самочувствие" или "Я устал пребывать в состоянии депрессии"), в лучшем случае представляет очевидные цели процесса, а не конечные цели, с точки зрения АСТ. Поскольку конечной целью является не просто симптоматическое облегчение, а наделение клиента способностью вести более полноценную и осмысленную жизнь, формулирование кейса в АСТ обычно требует переформулирования и реконцептуализации начальных терапевтических целей клиента. Если, например, заявленной целью клиента является "улучшить самочувствие", то вашей задачей становится идентификация того, какие жизненные возможности могут впоследствии открыться перед клиентом, если самочувствие клиента действительно улучшится, и как эти возможности могут быть связаны с ключевыми ценностями клиента. Таким образом, первоначальная цель клиента, заключающаяся в ослаблении депрессии, например, может быть переформулирована в цель, заключающуюся в "снижение усилий, направленных на экспериенциальный контроль, и реинвестировании времени и сил в занятия, диктуемые ценностями". Конкретные способы контролирования

нежелательных психологических событий и диктуемые ценностями занятия, которые в результате приходится приносить в жертву, будут, конечно же, разными у разных клиентов. Например, один клиент может быть неспособен совершить более достойную карьеру, пока не вернет себе уверенность в собственных силах, тогда как другой не может вообразить лучшее будущее для себя и поэтому продолжает поддерживать супружеские отношения, давно опостылевшие ему.

Цели процесса, которые должны быть достигнуты, чтобы осуществить переформулированную конечную цель на данном этапе концептуализации кейса — например, было бы целесообразнее начать с работы по разделению и принятию или лучше все же сосредоточиться на выявлении ценностей? — могут оставаться несколько неопределенными. Однако совершенно определенным должно быть то, что очевидные цели процесса для данного клиента (например, “чувствовать себя лучше”) не являются подходящими целями процесса в АСТ. Заполнение остальной части формы концептуализации кейса должно помочь вам прояснить релевантные цели процесса и, следовательно, помочь в составлении начального плана лечения.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже приведен перечень несколько перекрывающихся между собой вопросов, которые вы должны задать себе при переформулировании текущей проблемы вашего клиента, связанной с депрессией, в манере, соответствующей АСТ.

- Какие цели ставит перед собой этот клиент, проходя курс терапии?
- Являются ли заявленные цели этого клиента частью некой повестки эмоционального контроля?
- Являются ли заявленные цели этого клиента целями процесса или конечными целями?
- Если они являются целями процесса, как их можно было бы переформулировать в подходящие конечные цели?
- Являются ли конечные цели, которые являются результатом переформулирования заявленных терапевтических целей клиента

(например, быть любящим родителем), целями, которых можно потенциально достичь некими целеустремленными действиями (например, движением клиента в направлении, отвечающем его жизненным ценностям)?

## Выявление избегаемого контента

Второй этап концептуализации кейса включает в себя "инвентаризацию" разных типов психологических экспириенсов и материала, которых ваш клиент стремится избегать (и/или убегать от них). Хотя клиенты различаются между собой по их способности выдерживать психологический дистресс, большинство их будут избегать — по крайней мере в какой-то степени — каждого из конкретных психологических экспириенсов, перечисленных в форме концептуализации кейса (мыслей, эмоций, воспоминаний, и т.п.). Таким образом, ваша задача здесь заключается не столько в том, чтобы определить, избегает или не избегает ваш клиент каких-то конкретных типов экспириенсов, сколько в том, чтобы выяснить общий уровень устойчивости вашего клиента к дистрессу и относительную степень, в которой он обычно избегает каких-то форм психологических событий по сравнению с другими их формами. Упражнения по разделению и интервенции, способствующие принятию, в целом рекомендуются, когда речь идет об охвате достаточно широкого спектра избегаемых психологических экспириенсов, хотя конкретные формы, которые принимает их применение, могут несколько различаться в зависимости от конкретной природы избегаемого контента. Например, упражнение "Молоко, молоко, молоко" [*Hayes* et al., 1999, pp. 154–156] представляет собой технику разделения, которая в большей степени подходит для беспокоящих мыслей, чем для эмоциональных экспириенсов. Что же касается нежелательных чувств, которые трудно как-то обозначить, более полезным было бы, наверное, упражнение "Физикализация" (pp. 170-171).

### *Сопутствующие вопросы*

При заполнении этого раздела формы концептуализации кейса нужно задать себе перечисленные ниже вопросы.

- Каков, в целом, уровень способности данного клиента выдерживать психологический дистресс?
- Какие ключевые мысли данный клиент отвергает с порога?
- Каковы центральные эмоции, чувства, настроения, и т.п., от которых данный клиент чаще всего ищет экспериенциального бегства или избегания?
- Какие воспоминания являются нежелательными для данного клиента?
- Каких других психологических экспириенсов (таких, как телесные ощущения, мечты, образы, и т.п.) данный клиент пытается избегать?
- Каких типов психологических экспириенсов данный клиент стремится избегать вероятнее всего?
- Каких типов психологических экспириенсов данный клиент стремится избегать с наименьшей вероятностью?

## Анализ стратегий экспериенциального контроля

Этот аспект концептуализации кейса призван прояснить предпочтительные методы экспериенциального контроля вашего клиента. Наиболее широко используемые стратегии могут существенно различаться у разных клиентов, однако у одного и того же клиента стратегия контроля может со временем меняться лишь в незначительной степени. Стратегии контроля, на которые данный клиент полагался в прошлом, вероятнее всего, сохранятся по меньшей мере в течение ранних фаз АСТ. Это объясняется не тем, что они доказали свою эффективность на продолжительном отрезке времени, а главным образом тем, что они отражают психологическую негибкость и ригидность, которая характеризует депрессию. Таким образом, знание предпочтительных стратегий бегства/избегания каждого клиента настроит вас на то, что должно стать объектом вашего пристального внимания в течение вашей работы с ними.

К тому же, знание наиболее широко используемых стратегий экспериенциального контроля клиента может быть полезно при рассмотрении вопроса о том, какие альтернативные способы реагирования на нежелательный психологический материал могут оказаться самыми полезными для их продвижения как части общего плана лечения. Например, использование в какой-то момент ряда ранжированных упражнений на погружение в реальную обстановку (то есть, упражнений, которые аппроксимируют реальные жизненные ситуации, например попытки справиться со стрессовыми межличностными отношениями) может оказаться уместным для клиентов, предпочитающих избегание, специфическое для конкретной ситуации. Однако они могут оказаться менее полезными для других клиентов, которые в большей степени полагаются на стратегии внутреннего контроля.

## *Сопутствующие вопросы*

При анализе стратегий экспериенциального контроля, используемых вашими клиентами, вам следует задать себе перечисленные ниже вопросы.

- Есть ли у этого клиента история суицидальности?
- Если есть, то можно ли рассматривать поведение, связанное с суицидом, как форму экспериенциального избегания?
- Какой тип стратегий внутреннего контроля обычно использует этот клиент, чтобы избежать нежелательных экспириенсов?
- Какой тип стратегий внешнего контроля обычно использует этот клиент, чтобы избежать нежелательных экспириенсов?
- Какой тип стратегий контроля, специфических для конкретной ситуации, обычно использует этот клиент, чтобы избежать нежелательного опыта?
- Какой тип стратегий внутрисессионного контроля вы успели заметить у этого клиента в процессе вашего общения с ним?
- Каковы предпочтительные типы стратегий экспериенциального контроля, используемые этим клиентом?

## Мотивационный анализ

Все клиенты сталкиваются с фундаментальной дилеммой: им приходится выбирать, оставаться ли им в своем прежнем психологическом состоянии или настойчиво делать все необходимое, чтобы выйти из этого состояния. Каждый из этих вариантов связан с фактическими, а также с потенциально возможными издержками и выгодами. Все это может порождать неоднозначность, психологически парализовать клиентов и препятствовать изменению поведения. Ваша задача частично заключается в том, чтобы сместить точку баланса в пользу изменений хотя бы настолько, чтобы этого было достаточно для создания первоначального толчка в этом направлении.

### *Мотивационное интервьюирование*

Те из вас, кто знаком с мотивационным интервьюированием (МИ; [*Miller* & *Rollnick,* 2002]), несомненно, обнаружат некоторое сходство между типом предлагаемого здесь анализа "издержки-выгоды" и тем, что в МИ называется "балансом решений" (p. 15). В то время как в ACT этот вопрос рассматривался бы как вопрос *выбора*, а не *решения*, принимаемого клиентом, несомненные стратегические сходства между ACT и МИ в выполнении мотивационного анализа, по-видимому, затеняют очевидные технические и стилистические различия. Это особенно следует из того, что МИ все больше признает важность идентификации и прояснения ценностей в контексте своей общей повестки подготовки клиентов к поведенческим изменениям (несмотря на то что ACT и МИ отличаются друг от друга в том, как эти ценности истолковываются). Например, в первом издании книги по МИ Миллера и Роллника [*Miller* & *Rollnick,* 1991] нет никаких упоминаний о ценностях, а также об их идентификации и прояснении, тогда как второе издание той же книги [*Miller* & *Rollnick,* 2002] включает целую главу, посвященную этому вопросу [*Wagner* & *Sanchez,* 2002].

В рамках этой книги невозможно представить достаточно полный обзор технических измерений МИ. Я упоминаю здесь о МИ главным

образом для того, чтобы побудить тех из вас, кто имеет опыт работы с МИ, объединить его с тем, что предлагается в моей книге для выполнения предварительного оценивания и формулирования кейса. Тем же из вас, кто незнаком с МИ, может оказаться полезным получше ознакомиться с МИ, хотя это вовсе не означает, что обучение МИ или значительный опыт применения МИ являются необходимым условием для успешного практикования АСТ. Как бы то ни было, МИ вполне совместимо с принципами АСТ [*Wilson* & *Byrd,* 2004] и как таковое может быть полезным дополнением на этой стадии вашей работы с депрессивными клиентами.

## *Издержки и выгоды сохранения статус-кво*

В то время как издержки, связанные с тем, что клиент продолжает оставаться в депрессии, обычно бывают более очевидны для вас и вашего клиента, чем возможные выгоды от этого, то и другое необходимо оценить в ходе исчерпывающего мотивационного анализа.

### Издержки пребывания в депрессии

Большинство клиентов прекрасно осведомлены о том, что представляет собой острая боль депрессии — то, что Хейс и Смит [*Hayes* & *Smith,* 2005, p. 15] называют "болью присутствия", — и обращаются к терапии, чтобы как-то облегчить эту боль. Следовательно, им, вообще говоря, нет необходимости вступать в контакт с такими издержками в ходе мотивационного анализа.

**Недейственность повестки контроля.** Однако еще одной совокупностью издержек, от которой ваши клиенты могут быть относительно освобождены, являются издержки, связанные с тщетностью их попыток спастись от своей депрессии. Внушение вашим клиентам мыслей о тщетности их стратегий экспериенциального контроля, конечно же, очень важно для выработки оптимального уровня креативной безнадежности. Однако ваша главная цель при таком стечении обстоятельств заключается вовсе не в том, чтобы вызвать креативную безнадежность. Вместо этого вы должны оценить степень, в которой ваши клиенты

ощущают на себе издержки продолжения следования неэффективной повестке контроля, чтобы впоследствии вам было легче управлять выработкой креативной безнадежности.

Издержки, связанные с безуспешными попытками минимизировать депрессию, могут принимать несколько форм, включая издержки, связанные со временем, затратами сил и энергии, а также финансовые затраты. Все это необходимо рассмотреть. Ваша оценка в большинстве случаев может основываться на информации, полученной вами из общения со своими клиентами в ходе предварительного оценивания тех средств и способов, которые они уже успели опробовать, пытаясь справиться со своей депрессией. Однако к этим вопросам следует возвращаться и в дальнейшем, обсуждая их по мере необходимости.

**Боль отсутствия.** Третья совокупность издержек, ассоциирующихся с депрессией, связана с утратой очень важных для клиента занятий и жизненных событий. Такая утрата является результатом сам*о*й депрессии и/или времени, сил и энергии, которые были затрачены на попытки контролировать ее. Хейс и Смит [*Hayes* & *Smith,* 2005, p. 15] называют такие издержки "болью отсутствия"; их можно оценить напрямую, рассмотрев, какую часть своей жизни ваш клиент уже потратил на депрессию и на свои тщетные попытки спастись от нее. Оценивание такого рода, очевидно, требует по меньшей мере предварительной оценки ценностей вашего клиента. Такая оценка, скорее всего, не будет оставаться неизменной, поскольку идентификация и прояснение ценностей часто остаются "подвижной целью". Соответственно, на данном этапе не следует рассматривать свой анализ боли отсутствия как исчерпывающий и окончательный. Тем не менее он полезен как минимум по двум причинам. Во-первых, как и в случае издержек, обусловленных недейственностью повестки контроля, оценивание издержек, ассоциирующихся с тем, что было затрачено на депрессию, может оказаться полезным для определения оптимального уровня креативной безнадежности. Во-вторых, серьезное рассмотрение того, какую часть своей жизни ваш клиент затратил на борьбу с депрессией, может оказаться весьма отрезвляющим опытом для вас

и вашего клиента — опытом, который упрочивает вашу эмпатическую связь с клиентом.

**Издержки в повседневной жизни.** До сих пор большинство издержек, связанных с депрессией, которые рассматривались как часть мотивационного анализа, накапливались у клиента в течение всего времени начиная с момента возникновения депрессии. Однако пока продолжается борьба вашего клиента с депрессией, "счетчик издержек" продолжает работать и наверняка будет включать в свои показания ухудшение качества повседневной жизни клиента. Следовательно, необходимо также рассмотреть, что ваш клиент продолжает поминутно и ежедневно терять вследствие депрессии и своей борьбы с ней. Например, как указывалось выше, депрессивный клиент может отклонять предложения участвовать в тех или иных социальных мероприятиях, предпочитая тратить время на руминацию.

## Выгоды депрессии

Помимо факторов окружения (о которых мы поговорим в следующем разделе формы концептуализации кейса), которые могут поддерживать продолжение депрессии, одной из наибольших "выгод", которые ваши клиенты могут извлекать из продолжения пребывания в депрессии, является "ощущение собственной правоты". Как указывалось в главе 2, это, вероятнее всего, происходит в случае высокого уровня слияния концептуализированного *Я* клиента с жизненной историей, в которой другие люди виктимизировали и травмировали его. Продолжая оставаться в депрессивном состоянии, такой клиент по крайней мере находит утешение в ощущении собственной правоты. В подобных случаях, как указывалось выше, план лечения должен включать значительный объем работы по разделению жизненной истории и концептуализированного *Я* клиента, а также разъяснение ему продолжающихся издержек ощущения собственной правоты.

Как указывалось в главе 2, еще одна потенциальная компенсация может возникать, когда сама депрессия позволяет клиенту избегать столкновения с еще более неприятными для него психологическими экспириенсами, такими как боязнь неудачи или отвержения.

Это возможное последствие не является несовместимым с выгодой ощущения собственной правоты. То и другое может возникать, когда в жизни клиента возникали утраты и разочарования в сочетании со слиянием концептуализированного *Я* клиента с жизненной историей о таком событии.

## *Издержки и выгоды терапевтических изменений*

Рассматривая относительные издержки и выгоды терапевтических изменений для ваших клиентов, подчеркивайте обсуждавшуюся выше разницу между подходящими целями процесса и конечными целями при АСТ. Таким образом, рассматриваемое здесь "изменение" не является часто высказываемой терапевтической целью клиента "чувствовать себя лучше", а целью, которая заключается в том, чтобы жить более полнокровной, активной и осмысленной жизнью.

### **Издержки, связанные с изменениями**

Издержки можно истолковывать как утрату чего-либо желательного и столкновение с чем-то нежелательным. В этом отношении мы уже рассматривали некоторые из издержек изменений, ассоциирующихся с утратой чего-либо желательного (например, отказом от ощущения собственной правоты). На данном этапе мотивационного анализа нужно пересмотреть, с какими нежелательными и (по крайней мере до сего момента) в основном избегаемыми психологическими экспириенсами ваши клиенты могут, скорее всего, столкнуться, если будут жить в соответствии со своими заявленными ценностями. Например, клиенты могут сильно сомневаться в себе и испытывать дискомфортные уровни страха, стыда, смущения, сожаления и прочих нежелательных эмоций, когда начинают совершать первые шаги, необходимые для изменения своего образа жизни. План успешного лечения с помощью АСТ при таких обстоятельствах будет, вероятнее всего, направлен на преодоление возможных экспериенциальных барьеров, препятствующих поведению в соответствии с заявленными клиентом ценностями, посредством интервенций, которые способствуют разделению, майндфулнесс и принятию.

## Выгоды от изменений

Очевидной выгодой от изменений для клиентов, с точки зрения АСТ, является возможность вести более воодушевляющую жизнь. К сожалению, многие депрессивные клиенты и особенно клиенты, страдающие хронической депрессией, настолько далеки от подобного существования, что такая возможность уже не очень-то вдохновляет их. Более того, как указывалось ранее, некоторые клиенты, возможно, испытывали столь сильное разочарование в своей жизни, что избегают даже думать о том, что они когда-то хотели получать от жизни. Чтобы оценить степень, в которой ваши клиенты пребывают в психологическом контакте с потенциальными выгодами совершения действий в соответствии с их заявленными ценностями, дальнейшее прояснение и обсуждение с вашими клиентами их ценностей может оказаться полезным в двух отношениях.

Во-первых, в целях завершения мотивационного анализа, ваша задача частично заключается в том, чтобы оценить дистанцию между депрессивной жизнью, которую ведут ваши клиенты, и тем, как могла бы выглядеть полноценная жизнь каждого из них. Подумайте о том, как их нынешнее поведение, обусловленное депрессией, и возможные изменения, которые они могли бы осуществить, связаны с их базовыми ценностями. Как указывалось ранее, возможно, неслучаен тот факт, что реализация этого посредством бесед с вашими клиентами также присуща мотивационному интервьюированию [*Miller* & *Rollnick,* 2002, p. 83], из чего следует, что общение определенным образом с вашими клиентами относительно их ценностей может также способствовать усилению их желания изменить свое поведение.

Во-вторых, с точки зрения ТРФ, разговор с клиентами об их ценностях может функционировать как *мотивационно-усиливающий* [*Barnes-Holmes, O'Hora, Roche, Hayes, Bissett,* & *Lyddy,* 2001, pp. 109–110], то есть, он повышает способность определенных событий и экспириенсов выполнять роль усилителей. Говоря более простым языком, иногда чем больше вы говорите о чем-то таком, чего вам хочется, тем больше вам хочется этого "чего-то". Это может быть особенно верно, если когда-то у вас уже было это "что-то", чего вам хочется. Например, ниже представлен

гипотетический разговор, который иллюстрирует этот процесс в случае депрессивного клиента, для которого быть активным, заботливым родителем является одной из важных жизненных ценностей.

*Терапевт.* Приходилось ли вам в прошлом проводить время со своими детьми? Возможно, вы играли с ними, рассказывали им какие-то истории или мастерили что-то вместе с ними, и вы испытывали чувство реальной близости с ними и заботы о них?

*Клиент.* До того как у меня появилась депрессия, это действительно случалось нередко. Но с тех пор как меня охватила депрессия, все это осталось в прошлом.

*Терапевт.* Расскажите мне больше о том, как вы общались со своими детьми и чем вы занимались в то время.

*Клиент.* Я помню, как пытался научить их чему-то новому, рассказать им что-то интересное. Например, я ходил вместе с ними в зоопарк и мне нравилось, в какой восторг они пришли, когда впервые в жизни увидели слона.

*Терапевт.* Вам хотелось бы испытать сейчас такие же чувства, какие вы испытывали когда-то, проводя время со своими детьми? Может быть, это получится у вас, а может быть, не получится. Полагаю, единственным способом выяснить это было бы сделать все необходимое для того, чтобы это стало возможным. Является ли для вас получение такой возможности чем-то таким, над чем нам двоим следовало бы поработать вместе?

*Клиент.* Мне очень хотелось бы этого.

При обсуждении расхождения между нынешним положением дел этого клиента (например, "Как близко вы подошли сейчас к тому, чтобы проводить время примерно так, как вы рассказывали мне о вашем общении со своими детьми?") и желательным образом жизни этого клиента (например, "Что вы могли бы сделать, для того, чтобы такая возможность стала более реальной?") можно было бы также включить в этот разговор что-то наподобие *анализа различий*.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, на которые необходимо ответить при выполнении мотивационного анализа.

- Что конкретно уже пробовал делать этот клиент, пытаясь контролировать депрессию, но это не принесло ему успеха?
- Сколько времени этот клиент затратил на такие попытки?
- Сколько сил этот клиент затратил на такие попытки?
- Во сколько обошлись клиенту такие попытки с финансовой точки зрения?
- Что уже потерял этот клиент и чем ему пришлось пожертвовать в ходе своей борьбы с депрессией?
- Как борьба этого клиента с депрессией повлияла на качество его повседневной жизни?
- Насколько этот клиент проникся ощущением собственной правоты в том, что касается его истории депрессивной жизни?
- Насколько этот клиент проникся своим депрессивным концептуализированным *Я*?
- Есть ли какие-то другие, более пугающие психологические проблемы (например, боязнь интимных отношений, оставления, неудачи, и т.п.), с которыми этому клиенту придется столкнуться, если ему удастся избавиться от своей депрессии?
- От чего этому клиенту пришлось бы отказаться, если бы ему удалось избавиться от своей депрессии?
- Кто оказался бы "потерпевшей стороной" в результате того, что состояние этого клиента улучшилось?
- Какие экспериенциальные барьеры стоят на пути этого клиента к действиям, отвечающим его ценностям?
- В чем заключаются ценности этого клиента?
- Насколько должна была бы измениться жизнь этого клиента, чтобы он мог двигаться в направлении этих ценностей?

- В какой мере, в целом, этот клиент пребывает в психологическом контакте с тем, во сколько депрессия уже обошлась ему и продолжает обходиться ему сейчас?
- В какой мере, в целом, этот клиент пребывает в психологическом контакте с выгодами отказа от повестки экспериенциального контроля в пользу жизни согласно ценностям этого клиента?
- Какой еще объем работы может понадобиться для поддержания состояния креативной безнадежности до тех пор, пока этот клиент не откажется от повестки контроля?

## Анализ барьеров в окружении клиента

К сожалению, в окружающем мире депрессивного клиента зачастую существует также еще одна совокупность барьеров к психологическим изменениям и повышенной гибкости (помимо тех, которые мы уже обсуждали и которые по своей природе являются экспериенциальными). С функционально-контекстуалистской точки зрения, которая играет роль философского фундамента ACT, все психологические события, включая депрессию, рассматриваются как результат взаимодействия между организмами и неким контекстом, который можно определить как исторически, так и ситуационно [*Hayes, Strosahl, Bunting* et al., 2004]. Таким образом, всестороннее понимание функций депрессии, которое требует рассмотрения не только путей, которые исторически привели к возникновению депрессии, но и текущих ситуационных факторов, которые помогают поддерживать ее продолжение. При этом необходимо оценивать внешние обстоятельства, которые способствуют продолжению пребывания в депрессии, отдельно от обстоятельств, которые наказывают за улучшение состояния.

### *Способствование продолжению пребывания в депрессии*

Обстоятельства, которые способствуют продолжению пребывания в депрессии, могут быть по своей природе как финансовыми, так и социальными.

### Финансовые обстоятельства

Возможно, самая очевидная финансовая причина продолжения пребывания в депрессии возникает у клиентов, которые получают пособия по временной нетрудоспособности. Продолжение пребывания в депрессии, по сути, продлевает получение финансовой помощи, тогда как улучшение состояния, скорее всего, приведет к прекращению финансовой помощи. В подобных случаях рассмотрение альтернативных источников получения дохода и постепенное переключение на них (например, возвращение на работу, продолжение учебы, подача заявления в профессионально-реабилитационные службы, и т.п.), возможно, придется предусмотреть во всестороннем плане лечения клиента.

### Социальные обстоятельства

Депрессивное поведение может непреднамеренно поддерживаться путем социально опосредованного позитивного и негативного подкрепления. Что касается первого, то ваши клиенты, когда они демонстрируют депрессивное поведение (например, сторонятся людей, рассуждают о самоубийстве, и т.п.), могут получать со стороны членов своей семьи и/или друзей больше внимания и симпатии, чем в случаях, когда они ведут себя более гибко и здраво с психологической точки зрения. Кроме того, депрессия может негативно подкрепляться другими людьми, когда они избавляют клиента от необходимости исполнять определенные "нежелательные" обязанности. В крайних случаях бывает необходимо — с разрешения клиента — потребовать, чтобы ключевые члены его семьи и/или друзья клиента посетили сессию, в ходе которой будут обсуждаться соответствующие вопросы.

## *Наказание за улучшение состояния*

Представляется также весьма полезным различать финансовые и социальные обстоятельства, которые ослабляют поведение клиента, несовместимое с депрессией. Межличностные обстоятельства и обстоятельства, связанные с деньгами, могут зачастую действовать совместно, отбивая у клиента желание улучшать свое состояние. Но они могут

также действовать независимо друг от друга и, по этой причине, должны рассматриваться отдельно для каждого из ваших клиентов.

## Финансовые обстоятельства

Помимо возможности, заключающейся в том, что некоторые клиенты могут перестать получать пособия по временной нетрудоспособности, другие финансовые обстоятельства могут, по сути, наказывать других клиентов за более здравое, с психологической точки зрения, поведение. Например, физическое перемещение в другую часть города может принести терапевтическую пользу клиенту, но оказаться "неподъемным" для него с финансовой точки зрения. Как альтернативный вариант, клиенты, которые неплохо зарабатывают на рутинной, неинтересной и отупляющей работе, могут быть не заинтересованы в активном поиске какой-то другой работы, которая приносила бы меньший доход, но была более интересной и в большей мере соответствовала их ценностям.

## Социальные обстоятельства

Иногда, к сожалению, другие важные личности в жизни клиента могут быть настолько заинтересованы в том, чтобы состояние клиента не улучшалось, что любое его движение в сторону улучшения решительно саботируется. Например, "баланс власти" между клиентом и его супругой (супругом) может поддерживаться лишь до тех пор, пока депрессивный клиент остается в позиции "на одну ступеньку ниже" своей супруги (супруга).

Еще одна совокупность социальных обстоятельств, которые могут активно действовать против терапевтических изменений, могла быть непреднамеренно сформирована клиентами, которые охотно делились с другими людьми историей своей жизни, особенно если эта история оказывается достаточно травматичной по своей природе. При таких обстоятельствах клиенты, которые демонстрируют улучшение своего состояния, могут подвергаться каким-то критическим расспросам и комментариям со стороны других людей (например, "С вами не должны обращаться так, как, судя по вашим словам, с вами обращались раньше, иначе у вас снова может наступить депрессия"), когда они начинают

выходить из своей депрессивной социальной роли, которую они поневоле взяли на себя. Продолжать оставаться в депрессивном состоянии и не демонстрировать признаков улучшения состояния может быть не только одним из способов продолжать испытывать "ощущение собственной правоты", но и способом сохранить лицо в таком контексте и, следовательно, избежать пристального внимания со стороны других людей.

### *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, на которые следует ответить при выполнении вами анализа барьеров к терапевтическим изменениям в окружении клиента.

- Какие финансовые факторы могут продолжать удерживать этого клиента в состоянии депрессии?
- Получает ли этот клиент пособие по психиатрической нетрудоспособности в связи с депрессией?
- Если получает, то какие другие средства финансовой поддержки есть в распоряжении этого клиента?
- Какие финансовые издержки и потери могут возникнуть у этого клиента в случае улучшения его состояния?
- Насколько широкому кругу лиц этот клиент рассказывал свою жизненную историю о том, почему у него возникла депрессия?
- В какой степени этот клиент "потеряет лицо" в результате улучшения своего состояния?

## Факторы, способствующие психологической негибкости

Поскольку мы уже достаточно широко обсуждали в главе 3 разные формы, которые может принимать психологическая негибкость, здесь нам понадобится сделать небольшие уточнения. Вопрос, который необходимо рассмотреть в этой части формулирования и концептуализации кейса, не сводится к простому перечислению разных

типов психологической негибкости, проявляющихся у данного клиента, а предполагает оценку их относительной силы как индивидуально, так и коллективно. Например, большинство ваших депрессивных клиентов (если не все они) будет, в той или иной степени, высказывать предположения относительно причин возникновения у них депрессии или будет пытаться понять причины своей депрессии путем руминации. Однако вполне вероятно, что они будут отличаться друг от друга в самой преобладающей форме, которую принимает психологическая негибкость, а также в своих совокупных уровнях психологической ригидности. Оценив то и другое, вам будет легче сформулировать уникальный план лечения для каждого клиента.

### *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, над которыми следует подумать при выполнении вами этой части формы концептуализации кейса.

- Какие формы психологической негибкости демонстрирует этот клиент?
- Какие самые преобладающие или предпочтительные формы психологической негибкости демонстрирует этот клиент?
- Насколько ригидным, в целом, является этот клиент в том, что касается исполнения правил, и особенно того, что "следует, желательно и нужно" делать?
- В какой мере этому клиенту присущ перфекционизм?
- Насколько ценит данный клиент знания, базирующиеся на интеллекте (то есть, логику и рассуждения), по сравнению со знаниями, базирующимися на опыте (эмпирическими знаниями)?

## Таргетирование коренных процессов

В ходе оценивания и концептуализации кейса каждого из ваших депрессивных клиентов вы уже располагаете достаточным объемом информации, чтобы идентифицировать те коренные процессы, которые должны стать объектами особого внимания в рамках начального плана

лечения каждого из этих клиентов. Возможно, вам будет удобнее разделить шесть процессов, представленных на нашем шестиугольнике (и соответствующие им процессы-антагонисты, способствующие психологической негибкости), на следующие три пары, вместо того чтобы рассматривать их по отдельности:

- процессы, связанные с разделением и принятием;
- процессы, связанные с ответственностью и изменениями поведения;
- общие процессы, связанные с контактом и текущим моментом и *Я* как контекстом.

Такое же разделение на три пары я предлагал в главе 3. Я также воспользуюсь ими для организации следующих трех глав, в которых будут освещаться таргетированные интервенции, специфические для каждой пары.

Хотя форма концептуализации кейса предлагает вам идентифицировать и коренные процессы, и соответствующие ACT-интервенции, на которых должен быть сделан акцент во время лечения, на данном этапе нужно сначала уделить внимание первому, а затем второму. После того как вы определите для каждого клиента пару доминирующих у него коренных процессов, вам, возможно, будет удобнее сразу же перейти на главу, посвященную соответствующим интервенциям, чтобы выбрать конкретные стратегии и техники, наиболее подходящие для плана лечения каждого клиента.

В то время как у большинства ваших клиентов может проявляться какая-то доминирующая пара коренных процессов, вполне возможно, что среди ваших клиентов окажутся и такие, у кого все три пары процессов покажутся вам равносильными (и будут такими в действительности). Это не является столь серьезной проблемой, как может показаться на первый взгляд, поскольку свидетельствует лишь о том, что в таких случаях вы можете начать с чего угодно. Не столь уж проблематичной является и ситуация, когда ваша оценка коренных процессов оказывается неправильной, в результате чего вы начинаете ACT, нацеливаясь на "неправильную" пару процессов. Как указывалось ранее, неоднократно упоминавшийся мною шестиугольник и разделение

представленных им коренных процессов на три пары выполняют определенную эвристическую функцию и, соответственно, вы не можете допустить ошибку. Кроме того, — и об этом также упоминалось ранее — коренные процессы поддерживают друг для друга таким образом, что лечение, которое поначалу фокусируется на том, какая из пар процессов является более слабой, постепенно переориентируется в направлении тех процессов, которые оказываются относительно сильнее. Пока вам достает гибкости для того, чтобы следовать этой перемене направления, АСТ, по существу, оказывается самонастраивающейся терапией. Хотя эффективность вашего лечения может несколько снизиться, это вряд ли сможет отрицательно повлиять на его суммарную результативность.

### *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, над которыми следует подумать при идентификации коренных процессов для каждого клиента.

- Какова относительная сила процессов, которые препятствуют разделению и принятию у этого клиента?
- Какова относительная сила процессов, которые антагонистичны действиям этого клиента в соответствии с его ценностями и изменению его поведения?
- Какова относительная сила процессов, которые несовместимы с майндфулнесс и *Я* как контекстом у этого клиента?
- Какая из трех пар коренных процессов является доминирующей у этого клиента?
- Какая из трех пар коренных процессов является самой слабой у этого клиента?

## Идентификация сильных сторон клиента

Клиенты, подобно всем нам, имеют собственные сильные и слабые стороны. Вполне обоснованная и необходимая сосредоточенность на слабостях клиента не должна помешать вам скрупулезно проанализировать его сильные стороны в ходе выработки всестороннего плана

лечения. Сам по себе факт, что в данный момент клиенты могут испытывать сильные затруднения, пытаясь справиться с эмоциональным дистрессом, еще не означает, что им не удавалось справиться с эмоциональным дистрессом в прошлом. Два клиента, которые могут быть функционально эквивалентны с точки зрения процессов, которые способствуют поддержанию у них депрессии, могут требовать разных планов лечения вследствие их личных преимуществ и сильных сторон, которые также участвуют в терапии.

Возможно, самым важным вопросом, который нужно рассмотреть при оценивании потенциальных сильных сторон ваших клиентов, является степень, в которой они проявляли способность более или менее успешно справляться с прежними жизненными трудностями и вызовами, включая предыдущие фактические или потенциальные эпизоды депрессии. К числу самых распространенных форсирующих событий для депрессии относится, в частности, тот или иной тип личной утраты, особенно утраты любимого человека. Какие смерти пришлось пережить этому клиенту, при которых процесс тяжелой утраты был относительно неосложненным, и насколько успешно этот клиент справился с такими потерями? Кроме того, чтобы идентифицировать какие-то из эффективных копинговых навыков этого клиента и его способность к повышению психологической гибкости, попытайтесь выяснить, как этому клиенту удавалось справляться с другими типами потерь, например потерей работы, личного имущества или неудачами в романтических отношениях. Коротко говоря, проанализируйте обстоятельства, в которых ваши клиенты могли легко впасть в депрессию, но не впали в нее, чтобы выявить их уникальные копинговые навыки и способности.

Ранее я упомянул высокие коэффициенты коморбидности между депрессией и употреблением наркотических веществ/наркозависимостью. Это, вероятно, означает не только то, что ряд ваших депрессивных клиентов одновременно испытывают проблемы в этой области, но и то, что кто-то из них, возможно, уже успешно справился с этими проблемами. Если это так, то, побудив своих клиентов к рассказу о том, как им удалось справиться с этими проблемами, вы сможете составить представление об их сильных личных сторонах, которыми можно

воспользоваться в процессе лечения. Кроме того, вследствие очевидной схожести между некоторыми аспектами 12-этапных программ, в целом, и Анонимных Алкоголиков (АА), в частности, с одной стороны [*Wilson* & *Byrd,* 2004], и акцентом на принятии в рамках ACT, с другой стороны [*Wulfert,* 1994], вам может быть особенно полезно выяснить, насколько успешным был прежний опыт данного клиента в деле применения таких интервенций.

Последняя область, которую вам предстоит исследовать, чтобы выявить сильные стороны клиента и возможные источники психологической гибкости, связана с достижением трудных целей. Клиенты могут демонстрировать бо́льшую открытость и восприимчивость к разговорам о том, как им удалось добиться каких-то успехов в своей жизни, чем к разговорам о том, как они смогли справиться с личными потерями и разочарованиями. Попросите клиентов указать, каких целей им удалось достичь в своей жизни, если для достижения этих целей потребовалось значительное напряжение их сил. Такой разговор может выявить не только конкретные стратегии, какие данный клиент использовал, продолжая упорно продвигаться к своей цели несмотря на неблагоприятные обстоятельства, но и базовые ценности, с которыми могли быть связаны его цели. Например, один из моих недавних клиентов смог сопоставить уровень ответственности и принятия, который понадобился ему в молодости для успешного преодоления марафонской дистанции, с трудностями, которые он испытывает сейчас, борясь со своей депрессией.

## *Сопутствующие вопросы*

Ниже перечислены вопросы, на которые вам следует ответить, анализируя уникальные личные достоинства каждого клиента.

- С какими личными утратами удалось успешно справиться этому клиенту?
- С чем успешно совладал этот клиент?
- Удавалось ли этому клиенту избавиться от каких-либо вредных привычек (таких, как пристрастие к алкоголю, курению,

наркотическим веществам, и т.п.), а если удавалось, то за счет чего именно?

- Есть ли у этого клиента позитивный опыт участия в 12-этапных программах (например, АА)?
- Пытался ли этот клиент научиться медитировать или заниматься йогой и, если пытался, то можно ли считать успешным его опыт медитации и занятий йогой?
- Знаком ли этот клиент с некоторыми религиозными практиками, такими как буддистская или христианская медитация, которые совместимы с АСТ, и есть ли у него опыт занятия такими практиками?
- Каких трудных целей в жизни достиг этот клиент, и как ему удалось это?
- Какие базовые ценности связаны с труднодостижимыми целями, которых удалось достичь этому клиенту в своей жизни?
- Какие еще личные активы принес этот клиент в терапию?

## Формулирование плана лечения

Последний раздел формы концептуализации кейса предлагает вам составить начальный план лечения посредством АСТ. Используйте какую-либо пару коренных процессов, которую вы определили как доминирующую, чтобы выбрать направление начала лечения. Предложения по конкретным интервенциям и техникам, которые могут использоваться для применения к каждой из пар коренных процессов, вы найдете в следующих трех главах. Я старался организовать эти главы так, чтобы они были достаточно автономными. Это сделано для того, чтобы вам не было необходимости читать и применять их последовательно, одна за другой. Скорее, вы можете использовать свою концептуализацию кейса, чтобы определить, к какой из этих трех глав вам следует обратиться в первую очередь. Например, я рекомендую вам начать лечение под руководством главы 8, выбрав клиента, депрессия которого кажется вам сильнее всего связанной с чрезмерной руминацией и слиянием с ущербным концептуализированным *Я*. Наоборот, глава 6 может

оказаться наиболее подходящей отправной точкой для клиентов, которые демонстрируют более разнообразные формы экспериенциального избегания и слияния.

## Сравнение стратегических и технических аспектов АСТ

Несмотря на акцент в следующих трех главах на технических аспектах или процедурах АСТ терапию принятия и ответственности в широком смысле, было бы еще целесообразнее рассматривать как "зонтичный" стратегический и даже парадигматический (глава 11) подход, а не просто как некую совокупность процедур. Это верно по нескольким причинам. Самое важное, возможно, заключается в том, что отношение к АСТ как к некоему подходу означает больший упор на его совокупной повестке повышения психологической гибкости, а не на определении того, как использовать инструменты, предусмотренные в его инструментарии. Например, понимание полезности функции молотка в результате знания того, когда и для чего можно им пользоваться, представляется более ценным, чем знание того, как с его помощью наносить удары по тем или иным объектам.

Поддержание стратегической сфокусированности АСТ на обеспечении жизни клиента в соответствии с его ценностями путем повышения его психологической гибкости также может приводить к более умелому, творческому и гибкому применению используемых инструментов. Наконец, инструментарий АСТ содержит интервенции и техники, которые представляют собой уникальные разработки, а также интервенции и техники, которые были позаимствованы из других психотерапевтических подходов и традиций (и соответствующим образом адаптированы), но может расширяться. Новые АСТ-совместимые техники и процедуры постоянно разрабатываются и совершенствуются по мере все более широкого применения АСТ. Представляется вполне вероятным, что вы также сможете внести свой вклад в расширение инструментария АСТ, если рассматривать такую терапию с более стратегической и функциональной точки зрения, а не с точки зрения, которая является технической по своей сфокусированности.

## Заключение

Цель этой главы — служить путеводителем при выполнении вами концептуализации кейса для последующего формулирования уточненного плана лечения каждого из ваших депрессивных клиентов. В заключение следует упомянуть о проблеме, которая делает менее актуальным вопрос о том, с чего следует начинать АСТ. Предварительный план лечения может помочь выбрать начальное направление терапии, однако его полезность может снизиться по мере развертывания АСТ. Предварительный план лечения можно рассматривать как предлагаемый отправной пункт терапии, а не дорожную карту, которой можно пользоваться на протяжении всего курса терапии. В течение курса терапии нередко случаются неожиданные повороты, поэтому к начальному плану лечения нужно подходить творчески и по мере необходимости вносить в него соответствующие поправки. По мере того как АСТ развертывается и, возможно, начинает двигаться в направлениях, не предусмотренных начальным планом лечения, ваши действия как терапевта должны более чутко реагировать на изменения состояния и поведения ваших клиентов. Вообще говоря, не бывает неправильных планов лечения, просто какие-то из них более эффективны, чем другие, и придерживаться плана лечения, который уже не работает, нет никакого смысла. Другими словами, все мы — клиенты и терапевты — находимся в одной лодке и, следовательно, все мы должны обращать внимание на то, что работает и что не работает, поддерживая таким образом психологическую гибкость.

# ГЛАВА 6

# Интервенции, способствующие разделению и принятию

В этой главе рассматриваются интервенции и техники, которые помогают обучать ваших клиентов альтернативным способам реагирования на депрессивные мысли, чувства и соответствующие личные события, находящиеся в центре внимания повестки экспериенциального контроля. Этой цели служат интервенции, которые способствуют разделению с беспокоящими мыслями и принятию нежелательных эмоций.

## Природа разделения и принятия

Если у вас нет достаточного опыта применения АСТ — и даже если такой опыт у вас имеется, — вы можете быть склонны представлять себе многие из ключевых концепций и процессов — например, креативную беспомощность, готовность к чему-либо и принятие, которые мы будем обсуждать в этой главе — как чувства или эмоциональные состояния. Мы можем частично приписывать это тому, как легко нас может ввести в заблуждение наш собственный язык, когда имена существительные (например, "принятие" как имя существительное) используются вместо герундия, т.е. безличной формы глагола, которая сочетает в себе признаки имени существительного и глагола (например, "принятие" как совершающийся процесс), если мы говорим о поведении человека [*Zettle,* 1994]. Вспомните, что АСТ является прежде всего поведенческой терапией. Соответственно, разделение, готовность и принятие целесообразно рассматривать как варианты поведения, которые можно

усваивать и развивать, подобно любым другим навыкам. Действительно, относиться к ним как к личным событиям и чувствам означает, по крайней мере в неявном виде, поддерживать повестку, прямо противоположную повестке АСТ. Предпринимать целенаправленные попытки либо избавиться от чувств, которые воспринимаются нами как нежелательные (например, от неготовности), либо вызвать у себя их очевидные позитивные антиподы (готовность) есть не что иное, как стремление к эмоциональному контролю, что, безусловно, было бы контрпродуктивно в долгосрочной перспективе. Кроме того, свободный выбор готовности как эмоционального состояния невозможен, тогда как свободный выбор готовности как определенного поведения (открытость к "необоронительному" восприятию любых психологических событий) вполне возможен.

## *Выработка навыков разделения и принятия*

В принципе, чтобы помочь вашим клиентам выработать у себя навыки разделения и принятия, вы можете воспользоваться двумя широкими стратегиями. Какие-то новые навыки лучше всего вырабатываются, а затем и укрепляются путем непосредственного, экспериенциального обучения, тогда как другие могут усваиваться легче, хотя и косвенным путем, посредством инструктивного контроля, когда вы обучаете своего клиента определенным навыкам, доводя до его сведения некую совокупность правил или наставлений, которых он должен придерживаться. Однако как показывает практика, поведение, которое формируется обстоятельствами или приобретается посредством экспериенциального обучения, отличается от поведения, которое управляется определенными правилами или усваивается путем следования некой совокупности инструкций, в нескольких важных отношениях [*Skinner,* 1969]. В противоположность реагированию, которое было сформировано непосредственно, результаты ряда исследований, например, указывают на то, что точное соблюдение инструкций приводит к поведению, которое с трудом поддается изменениям, даже если такое поведение уже не приводит к желаемому исходу [*Catania, Matthews,* & *Shimoff,* 1982; *Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb,* & *Korn,* 1986; *Shimoff, Catania,*

& *Matthews,* 1981]. Например, при выполнении определенного задания медленное нажатие кнопки может поначалу приносить участнику эксперимента больше баллов, чем быстрое ее нажатие. Части участников эксперимента сообщается правило "оптимальным способом зарабатывания баллов является медленное нажатие кнопки", тогда как другим участникам предоставляется возможность самим обнаружить, что медленное нажатие кнопки позволяет заработать больше баллов. Если оптимальный способ зарабатывания баллов в этом задании изменится — внезапно и без предупреждения — на противоположный (быстрое нажатие кнопки позволяет заработать больше баллов), то второй группе участников оказывается легче переключиться на быстрый способ реагирования (нажатия кнопки); с другой стороны, участники, которых проинструктировали реагировать медленно, в большей степени склонны продолжать действовать в том же духе даже в изменившихся обстоятельствах. Эта более высокая степень ригидности и нехватка психологической гибкости, наблюдаемая в случае поведения, управляемого правилами, указывает на то, что реагирование под инструктивным контролем зачастую основано на согласии [*Hayes, Zettle,* & *Rosenfarb,* 1989] или, попросту говоря, вы делаете то, что вам сказали делать, просто потому, что вам сказали делать это. То же самое можно сформулировать по-другому: рассматриваемое поведение чаще происходит под контролем неукоснительного следования инструкциям, вместо того чтобы делать то, что приносит нужный результат. Это, очевидно, не представляет проблемы, если два указанных источника контроля совпадают (например, вы носите теплую одежду, потому что вам посоветовали тепло одеваться, *и* сейчас зима), но это представляет проблему, когда контекст изменяется и два указанных источника контроля противоречат друг другу (вы одеты тепло, потому что вам посоветовали тепло одеваться, *и* сейчас лето).

Подзаголовок книги Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999], "Экспериенциальный подход к изменению поведения", подчеркивает, что ACT отдает предпочтение *непосредственному процессу формирования,* или обучению на последствиях, а не обучению на соблюдении правил, причем клиенты сначала приобретают соответствующие навыки разделения и принятия,

а затем совершенствуют эти навыки. Это вовсе не означает, как будет показано ниже, что использование инструкций, рекомендаций и других форм вербального поведения вами как терапевтом при выработке навыков разделения и принятия категорически запрещается. Однако это означает, что вам следует свести количество таких стратегий к минимуму и использовать их с осторожностью, чтобы повысить психологическую гибкость, но избежать согласия (т.е. действий строго по указке других людей). Чтобы отучить клиентов реагировать на язык буквально, нужно отдавать предпочтение метафорам над более прямыми формами вербального поведения. Это объясняется тем, что метафоры, которые, несомненно, вербальны по своей природе, не являются правилами, которым можно следовать буквально. Однако они могут функционально направлять изменения поведения и приобретение навыков, если те же самые процессы, речь о которых идет в соответствующей метафоре, применимы к навыку, который предстоит усвоить клиенту. Допустим, вы хотите научиться плавать. Сидеть на лекции, слушая тренера, которые рассказывает о том, как нужно действовать руками и ногами, как правильно дышать и т.п., это далеко не то же самое, что самому погрузиться в воду, почувствовать движение в воде своего тела и конечностей, захлебнуться водой в результате неправильного дыхания, и т.д. Опыт личного пребывания и движения в воде — экспериенциальное обучение — поможет вам научиться плавать гораздо быстрее, чем в результате прослушивания нескольких лекций, посвященных технике плавания. Вы можете воспользоваться этой метафорой, чтобы убедить своих клиентов в том, что обучение навыкам принятия имеет много общего с обучением плаванию.

Обучение навыкам разделения и принятия больше похоже на обучение езде на велосипеде, чем на обучение сборке/разборке велосипеда. Письменные или устные инструкции могут быть очень полезны при обучении сборке/разборке велосипеда. Если, однако, вы хотите научиться ездить на велосипеде, письменные или устные инструкции — за исключением, возможно, ситуации, когда кто-нибудь рассказывает вам, как взобраться на велосипед — вряд ли окажут вам существенную помощь. Вместо этого нужно взобраться на велосипед и попытаться проехать хотя бы несколько метров, стараясь поддерживать равновесие,

одновременно нажимая на педали и удерживая руль, — то, что обычно называют методом проб и ошибок. Говоря по-другому, переживание естественных последствий попыток поддерживать равновесие, одновременно нажимая на педали и удерживая руль, является гораздо более важным для приобретения соответствующих навыков и выработки умения гибко применять эти навыки на практике, чем выслушивание наставлений человека, умеющего ездить на велосипеде.

## *Поведенческие дефициты и излишества*

С поведенческой точки зрения, отсутствие разделения и принятия может рассматриваться как дефицит навыков. Однако важно помнить, что это может не быть поведением "с нулевой скоростью", то есть поведением, которым клиент вообще не владеет, поскольку у ряда клиентов оно все же может существовать на каком-то уровне умения вести себя таким образом. Как я предполагал в последней главе, у клиентов, которым когда-то удавалось успешно справляться со своими личными утратами и жизненными невзгодами, уже могут существовать слабые формы разделения и принятия как часть их поведенческого репертуара. В таких случаях ваша задача может заключаться скорее в дальнейшем формировании и укреплении таких навыков, чем в оказании клиенту помощи в приобретении их "с нуля". При использовании еще одного подхода вы стремитесь ослабить способы реагирования, то есть вы стремитесь ослабить слияние и экспериенциальное избегание, которые несовместимы с разделением и принятием. Индуцирование требуемого уровня креативной беспомощности, в результате чего клиент отказывается от своей повестки контроля, может служить примером такого метода ослабления поведенческих излишеств.

## *Разница между разделением и принятием*

Хотя разделение и принятие можно сгруппировать вместе как подобные и функционально родственные поведенческие процессы, в этой главе я предлагаю отдельные интервенции и техники для способствования разделению и принятию из-за различий между ними. Наиболее целесообразная дифференциация между разделением и принятием определяется

разными типами нежелательных личных событий, которые выбирают в качестве своих целей разделение и принятие. Целями разделения являются автоматические мысли, предположения, жизненная история и проблематичные побочные продукты реляционного фрейминга клиента, такие как привязанность к своему ущербному концептуализированному *Я*.

Здесь может потребоваться дополнительное пояснение. В этой главе мы обсуждаем "разделение", которое в книге Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 150] обозначалось как "дебуквализация", чтобы подчеркнуть, что его целью является ослабление негативного влияния, оказываемого буквальным смысловым значением языка. В последнее время термин "дебуквализация" заменили термином "когнитивное разделение" [*Strosahl* et al., 2004]. С учетом целей этой книги, разделение, как указывалось выше, стремится изменить способ реагирования клиента на автоматические мысли, предположения, его жизненную историю и другие проблематичные побочные продукты реляционного фрейминга, делая таким образом излишним использование прилагательного "когнитивное" в описании разделения.

Напротив, целями принятия являются главным образом чувства клиента, его телесные ощущения, воспоминания и т.п. Я, конечно же, не хочу сказать, будто человеческий язык не играет никакой роли в том, как функционируют эти другие личные события. В конце концов, они обычно оцениваются как "плохие", "ужасные", "нестерпимые" и т.п., что заставляет клиента экспериенциально контролировать их. Можно также говорить о принятии какой-либо депрессивной мысли (например, "Я болван"), хотя обычно это делается после определенной работы по разделению, касающейся той же мысли. Разделенные мысли охотнее принимаются клиентом, тогда как слившихся мыслей он продолжает избегать, по-прежнему стремится подавлять или контролировать их иными способами.

## Способствование разделению

Как указывалось в главе 1, слияние происходит, когда клиент поверил в свои негативные самооценки, собственные предположения о причинах возникновения депрессии, жизненную историю и прочие самовнушения до такой степени, что никакие иные способы реагирования на такие вербальные побочные продукты становятся

невозможны. Говоря по-другому, слияние предполагает столь доверчивое восприятие когнитивного контента как "буквально истинного", что какие-либо альтернативные способы реагирования на него становятся невозможны. Напротив, разделение предполагает индуцирование и подкрепление альтернативных способов реагирования на слившийся материал, такой как определенные негативные автоматические мысли или жизненная история клиента. При этом другие психологические функции, связанные с вербальными высказываниями (например, само по себе звучание и тональность самовнушений, когда они выражаются вслух разными способами), могут возникать и влиять на поведение клиента, расширяя таким образом его репертуар и повышая психологическую гибкость.

## *Упражнение "Мое мышление не всегда идет мне на пользу"*

В то время как большинство техник разделения, о которых мы рассказываем в этой главе, могут быть упорядочены в соответствии со сложностью вербальных конструкций, на которые они ориентированы, интервенция, которую мы обсудим первой — упражнение "Мое мышление не всегда идет мне на пользу", — может рассматриваться как более глобальное упражнение по разделению, которое пронизывает разные уровни дисфункционального внутреннего диалога, который клиент ведет сам с собой. Ваша цель при использовании его является двоякой: 1) дать возможность вашим клиентам начать видеть в целом процесс, который ведет к их самокритичному мышлению и другим негативным высказываниям в отношении самого себя, и адекватно реагировать на него; и 2) предложить им альтернативу, то есть наблюдение и реагирование на этот процесс, вместо того чтобы "принять его за чистую монету" и слиться с этим негативным материалом. Наблюдение за процессом реляционного фрейминга путем, например, обращения внимания на то, что вы погружаетесь в процесс негативной самооценки, существенно отличается от простого реагирования на саму эту оценку. Наблюдение за мыслями отличается от восприятия окружающего мира "изнутри" этих мыслей.

Я рекомендую использовать эту интервенцию — упражнение "Мое мышление не всегда идет мне на пользу" — как подготовку перехода к более сфокусированным техникам разделения, которые нацеливаются на конкретные типы когнитивного контента (например, автоматические мысли, предположения о причинах возникновения депрессии и жизненная история). Это упражнение было впервые предложено Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 151] и представлено ниже в несколько измененной форме; на мой взгляд, в такой форме оно обеспечивает бо́льшую отзывчивость на опыт клиентов, страдающих от депрессии. Следует отметить, что термин "сознание" я использую здесь метафорически в целях "реляционного фрейминга", а не для того чтобы предложить какое-либо менталистическое объяснение человеческого страдания.

Исходная цель данной интервенции вовсе не в том, чтобы подвигнуть ваших клиентов к полному игнорированию того, что подсказывает им собственное сознание, а в том, чтобы побудить их несколько легче и с известной долей скептицизма относиться к тому, что нашептывает им сознание. Иными словами, это своего рода тренинг на различение. Конечная цель этой интервенции заключается в том, чтобы помочь клиентам отличать полезное мышление от неполезного. Ознакомьте клиента с этой интервенцией, обратившись к нему примерно с такой речью, как показано ниже.

> Давайте немного поговорим с вами о том, как работает наше сознание и всегда ли оно является нашим другом. Под нашим сознанием я подразумеваю то беспрестанное "бормотание", которое звучит в наших головах, наш постоянный диалог с самими собой. Похоже, что наше сознание изрядно поднаторело в том, что касается выявления проблем и придумывания, как справиться с этими проблемами. По сути, никого из нас, наверное, не было бы сейчас на этом свете, если бы сознание наших предков не помогало им придумывать те или иные способы выживания. К счастью, большинству из нас уже не приходится тревожиться о том, не останемся ли мы голодными завтра и как снискать хлеб насущный, не погибнув в борьбе с подобными себе. Это, конечно же, хорошая новость.
>
> Плохая новость в том, что наше сознание продолжает заниматься тем, чему оно научилось в процессе долгой эволюции человека, даже если это означает бесконечные попытки выявить и решить какие-то проблемы,

даже если эти проблемы существуют лишь в нашем воображении. Например, подчас наше сознание настолько привыкает о чем-то тревожиться, что продолжает выискивать поводы для тревоги, даже когда их объективно не существует. В других случаях наше сознание упорно пытается решить принципиально неразрешимые проблемы (например, почему нам не удается идеально справляться со всеми нашими делами). Еще одной вещью, в которой наше сознание изрядно поднаторело, является самообвинение в любых проблемах, которые удалось выявить ему (например, если мы забыли что-то сделать, из этого следует вывод о нашей неисправимой глупости или некомпетентности. Как часто ваше сознание обвиняет и критикует вас за выявленные им проблемы? Мне хотелось бы, чтобы вы поняли, что, когда такое случается, ваше сознание просто занимается тем, чем занимается сознание любого другого человека — и занимается этим с предельным усердием. С вашим сознанием все в порядке, и поэтому наша задача здесь заключается не в том, чтобы "исправить" его. Сознание является вашим необходимым атрибутом, без которого вы не можете жить, но оно далеко не всегда является вашим другом. Таким образом, наша задача заключается в том, чтобы научиться жить более осмысленной и полноценной жизнью, не порывая со своим сознанием.

Для большего удобства я представил эту интервенцию в виде монолога. На практике будет полезнее, если эта интервенция будет происходить в интерактивном режиме, при котором ваш клиент будет высказывать свои соображения и отвечать на ваши вопросы (например, "Похоже ли это на то, как работает ваше сознание?").

## Соответствующие техники

На данном этапе бывает также полезно ознакомить клиента с рядом соответствующих техник, если такое ознакомление вы сможете удачно "вплести" в разговор между вами и клиентом. Если же это не удастся вам, то разговор об этих техниках можно перенести на более подходящее время.

**Техника "О сознании в третьем лице".** Скажите клиенту, что в комнате, где проходит терапия, присутствуют четверо: вы, ваше сознание, клиент и сознание клиента [*Hayes* et al., 1999, pp. 97-98]. Клиенту можно

даже предложить обращаться к своему сознанию по имени (например, "Старин*а* Ворчун") и в другие моменты терапии разговаривать с ним как с неким третьим лицом.

**Техника "Скажите спасибо за это своему сознанию".** Одним из возможных вербальных взаимодействий между клиентом и его сознанием является признание проблематичного характера "продукта", генерируемого сознанием [*Strosahl* et al., 2004, p. 41]. Тем самым вы еще раз подчеркиваете клиенту, что его сознание функционирует нормально и что попытки заставить сознание действовать как-то по-другому обречены на неудачу. Более разумной реакцией клиента было бы просто признать, что его сознание занимается именно тем, чем оно должно заниматься, и даже поблагодарить его за столь усердное исполнение им своих обязанностей. Поначалу вам, возможно, придется инициировать этот процесс, указав на конкретные примеры слияния.

> Итак, ваше сознание говорит вам, что вы слишком глупы, чтобы возвращаться к учебе. Можете ли вы поблагодарить свое сознание за это? Можете ли вы пойти еще дальше и произнести эти слова вслух, обратившись к своему сознанию прямо сейчас?

После накопления достаточного опыта в деле наблюдения за процессом реляционного фрейминга и внутреннего диалога с самим собой, клиент может попытаться ответить на вопрос более общего характера: "Что говорит вам об этом ваше сознание?"

## *Разделение автоматических мыслей*

Сейчас ACT располагает множеством инструментов для разделения автоматических мыслей. Осветить все эти инструменты в рамках данного раздела не представляется возможным. Таким образом, основное внимание мы сосредоточим на способах разделения негативных самооценок. Эти автоматические мысли причиняют депрессивным клиентам наибольшие беспокойства. Более полный перечень техник разделения и интервенций для автоматических мыслей приведен в книге Штросаля и др. [*Strosahl* et al., 2004, table 2.3).

## Упражнение "Молоко, молоко, молоко"

Процедура, впервые описанная Титченером [*Titchener,* 1926, p. 425], а впоследствии адаптированная Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 154–155] как упражнение "Молоко, молоко, молоко" для использования в ACT, предназначена для избавления слов от их *производных стимулирующих функций,* или психологических свойств, которые являются общими для них и объектов или стимулов, которые они обозначают. Попросите своего клиента следовать за вами, быстро повторяя определенное слово, которое вызывает ряд сенсорных ассоциаций. После того как эти производные функции будут удалены, единственными остающимися свойствами стимула должны быть непосредственно доступные свойства; иными словами, звучание данного слова, а не его смысл. Это упражнение известно словом, которое обычно используется при его выполнении; впрочем, могут использоваться и другие слова. Чтобы проиллюстрировать это положение, в приведенном ниже примере вместо слова "молоко" мы используем слово "лимон".

*Терапевт.* Если вы не против, я предлагаю выполнить вместе небольшое упражнение. Скажите слово "лимон".

*Клиент.* Лимон.

*Терапевт.* Что вам приходит на ум, когда вы произносите это слово?

*Клиент.* Желтый, слегка продолговатый фрукт. Довольно небольшой по размеру.

*Терапевт.* Итак, ваше воображение рисует лимон достаточно ярко. Что еще?

*Клиент.* Я не знаю.

*Терапевт.* А как насчет запаха?

*Клиент.* О да, он пахнет как настоящий лимон — одним словом, лимонный запах.

*Терапевт.* Что еще?

*Клиент.* Да, еще вкус лимона — кислый, естественно.

*Терапевт.* Обратите внимание, что случилось, когда вы произнесли слово "лимон". Полное ощущение присутствия лимона

здесь и сейчас: вы можете видеть его, чувствовать его запах, ощущать его вкус. В действительности никакого лимона здесь нет, но он был здесь — психологически. Теперь наступает очередь самой тупой части этого упражнения. Я хочу, чтобы вы, вместе со мной, как можно быстрее, раз за разом, повторяли слово "лимон". Сделаем это и посмотрим, что из этого получится.

*Терапевт.* (*Быстро повторяет вместе с клиентом слово "лимон" как минимум в течение 30 секунд.*) Что произошло?

*Клиент.* Это звучит, как какая-то бессмысленная абракадабра. Одним словом, чепуха.

*Терапевт.* Что случилось с вашим кислым на вкус, желтым и слегка продолговатым фруктом, обладающим запахом лимона, который еще минуту назад вы столь живо рисовали в своем воображении?

*Клиент.* Он куда-то исчез.

*Терапевт.* Попробуем проделать тот же эксперимент с каким-нибудь другим словом. Несколько раз я замечал, что вы называете себя болваном.

*Клиент.* Ну да, называю. Просто я пытаюсь быть честным с самим собой.

*Терапевт.* Итак, вы готовы? Поехали! (*Вместе с клиентом они быстро повторяют вслух слово "болван".*)

В действительности, в дальнейшем нет никакой потребности тратить много времени на выполнение этого упражнения, хотя повторение его по мере необходимости будет полезно каждый раз, когда вы будете ловить клиента на использовании негативных самооценок (например, "неудачник, неудачник, неудачник,...").

## Упражнение "Повторение на другой лад"

Для дальнейшего разделения негативного внутреннего диалога можно использовать ряд родственных упражнений, основанных на изменении типичной манеры, в которой он выражается. В целом стратегия

заключается в том, чтобы заставить вашего клиента произносить часто встречающиеся у него самооценки атипичными способами. Например, ваш клиент может произнести фразу "Я не умею ничего сделать правильно" тихим голосом, растягивая каждый слог ("Йааааа неееее умеееееййуууу ..."), голосом популярного персонажа какого-либо мультфильма (например, Дональда Дака), спеть эту фразу на мотив какой-нибудь популярной песни или даже произнести ее на другом языке (например, "No puedo hacer nada bien" для клиентов, плохо владеющих испанским). Эти альтернативные способы произношения снижают язвительность и остроту негативного высказывания в свой адрес, минимизируя его негативные ассоциации, или производные стимулирующие функции.

## Упражнение "Мысли на карточках"

В случае использования последнего варианта упражнения "Повторение на другой лад" (когда клиент повторяет свои негативные автоматические мысли на другом "языке") вам может понадобиться перевод, написанный на индексной карточке, к которой клиент мог бы обратиться при необходимости. Такую же технику можно использовать применительно к мыслям, которые не переводятся на другой язык. В противоположность выслушиванию клиентом своих мыслей, проговариваемых им самим, чтение клиентом своих мыслей, записанных на бумаге, может вызвать у него другую реакцию, что может служить еще одним способом разделения. Мысли, которые должны быть записаны на бумаге, по одной мысли на отдельной карточке, могут быть собраны в ходе терапии или зафиксированы при выполнении домашнего задания по самомониторингу. Так или иначе, добейтесь от своих клиентов, чтобы они фиксировали свои мысли на карточках. Простое записывание мыслей является еще одним способом вызвать у клиента другой ответ или реакцию. Комплект заполненных таким образом карточек можно впоследствии использовать несколькими способами. В случае необходимости проинструктируйте каждого из клиентов периодически просматривать свой комплект карточек; неспешный просмотр каждой карточки может служить своего рода упражнением на столкновение с соответствующей реальной ситуацией. Например,

попросите своих клиентов прочитывать карточки вслух по меньшей мере два-три раза в течение дня. Такое зачитывание может выполнять роль еще одной процедуры разделения, поскольку требует от ваших клиентов реагировать на свои депрессивные мысли как-то по-другому. Более распространенным вариантом использования таких карточек является ношение клиентами своих карточек при себе, когда они участвуют в действиях, соответствующих их жизненным ценностям. Это бывает особенно полезно, если какая-либо из карточек содержит мысли, которые в противном случае действовали бы как барьеры, препятствующие такому поведению. Например, клиенты, у которых возникают негативные мысли по поводу поиска более подходящей для себя работы (например: "Мне никогда не найти работы, лучшей, чем моя нынешняя работа" и "Даже если мне сильно повезет и я найду что-нибудь ст*о*ящее, я наверняка провалю собеседование"), часто бывают склонны подавлять или выбрасывать из головы такие мысли. Вместо этого проинструктируйте их признать естественность возникновения таких мыслей и не пытаться отвергать и избавляться от них в процессе поиска работы.

## Упражнение "Инвентаризация"

Еще одна интервенция по разделению автоматических мыслей, которую вы можете часто использовать в сочетании с описанным выше упражнением "Мысли на карточках", заключается в том, чтобы предложить своим клиентам просто составить список всех своих личных событий в какой-то конкретный момент времени, например после того как произойдет какое-либо депрессивное событие (в приложении Б приведена форма, которую можно использовать для этой цели). Это упражнение можно выполнить и в качестве домашнего задания, и во время сессии. Попросите своих клиентов не просто указать каждую из конкретных автоматических мыслей, эмоций, телесных ощущений, воспоминаний или других личных событий, которые они могли испытывать в тот момент, но и предварить каждое из этих личных событий указанием соответствующей категории (например: "У меня возникла мысль о моей никчемности", "У меня возникло чувство досады", или "У меня

возникло ощущение, будто какая-то тяжесть давит на мои плечи"). Это упражнение аналогично проведению инвентаризации на складе. Оно предоставляет возможность вашим клиентам рассматривать свои собственные реакции как физические объекты, существующие отдельно от них самих.

## Упражнение "Самооценка против самоописания"

Во всех интервенциях и упражнениях, связанных с разделением автоматических мыслей, которые мы обсуждали к этому времени, по умолчанию предполагалось, что клиенты должны, тем или иным способом, научиться различать самооценки и самоописания. При возникновении слияния с какой-либо негативной самооценкой клиент реагирует на такой внутренний диалог с самим собой, как если бы речь шла о буквальном самоописании. Депрессивные клиенты, которые думают, что "Я ни на что не годен", обычно бывают неспособны увидеть, что имеют дело всего лишь с мыслью, а не реальным фактом. Кроме того, они не в состоянии увидеть, что их мысль — это не что иное, как быстропреходящая оценка, а не статичное самоописание. Они реагируют на свою мысль о собственной никчемности как на врожденное свойство собственной личности, ее непременный атрибут.

Чтобы клиент более отчетливо представлял себе разницу между самооценками и самоописаниями, вы можете предложить ему более явную форму обучения умению отличать одно от другого. Выберите сначала в качестве примеров физические объекты, а затем распространите обучение на внутренний диалог клиента с самим собой. Приведенный ниже пример диалога между терапевтом и клиентом представляет собой адаптированную метафору "Плохая чашка", предложенную Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 169].

*Терапевт.* Возможно, вы помните наш прошлый разговор о том, что ваше сознание далеко не всегда оказывается вашим другом. А сейчас мы поговорим немного о конкретном способе, как это может происходить на практике. Наше сознание превосходно умеет оценивать то, что происходит вокруг нас; оно умеет даже оценивать нас самих как хороших или

плохих, слабых или сильных, и т.д. Наше сознание выносит так много оценок, что нам зачастую бывает нелегко уяснить разницу между оценкой чего-либо и описанием этого "чего-либо". Допустим, я говорю, что вот этот стул — "хороший" стул. Это оценка или описание?

*Клиент.* Я полагаю, оценка.

*Терапевт.* А что если я скажу, что этот стул изготовлен из дерева? Это оценка или описание?

*Клиент.* Описание.

*Терапевт.* А что если вы не согласитесь со мной, поскольку вам кажется, что этот стул изготовлен из металла, а не из дерева? Существует ли какой-то способ определить, какое из этих описаний является правильным?

*Клиент.* Полагаю, мы могли бы разобрать этот стул на части, чтобы понять, из чего он изготовлен, или отрезать небольшой кусочек этого стула и отдать его на анализ в какую-либо техническую лабораторию.

*Терапевт.* Прекрасно. Итак, оба эти описания стула сообщают нам кое-что о самой природе этого стула — из чего он изготовлен, — но оба они могут оказаться неправильными. А что если я скажу, что это "хороший" стул, а вы скажете, что это "плохой" стул? Есть ли какой-то способ определить, какая из этих двух оценок является правильной?

*Клиент.* Похоже, здесь речь идет просто о двух разных мнениях.

*Терапевт.* "Деревянность" или "металличность" этого стула заключена в нем самом. Но в чем заключена "хорошесть" или "плохость" этого стула? Она заключена в нем самом?

*Клиент.* Полагаю, она должна быть заключена в оценке этого стула.

*Терапевт.* Когда ваше сознание говорит вам "Я болван", это оценка или описание?

*Клиент.* Оценка.

*Терапевт.* Когда ваше сознание говорит, что вам около сорока лет, вы женаты и у вас двое детей, это оценка или описание?

*Клиент.* Описание.

*Терапевт.* Когда ваше сознание говорит вам "Я болван", в чем заключена ваша глупость?

*Клиент.* На первый взгляд, она заключена во мне, но у меня такое впечатление, что на самом деле это не так.

*Терапевт.* Это, скорее, вопрос о том, что полезнее для вас, а не о том, что соответствует истинному положению дел. В любом случае вашему сознанию не нравится, когда что-то противоречит его выводам. Можете ли вы поблагодарить свое сознание за то, что оно так упорно настаивает на том, что ваше представление о себе как о болване в действительности является описанием, *и в то же время* признавать, что речь идет лишь об оценке? Произнесите фразу: "Я — болван, но это лишь мое оценочное суждение".

*Клиент.* Я — болван, но это лишь мое оценочное суждение.

*Терапевт.* А теперь скажите: "Я — болван".

*Клиент.* Я — болван.

*Терапевт.* Сопоставьте эти два высказывания.

*Клиент.* Когда я высказываю это суждение как оценку, оно не кажется мне таким уж неприятным. Мне не кажется, что оно сильно угнетает меня.

*Терапевт.* Именно поэтому вам следует отдавать предпочтение первому варианту.

После выполнения этого упражнения вы можете предложить клиенту другие упражнения на уяснение разницы между самооценками и самоописаниями, которые можно выполнить по ходу сессии, когда это будет уместно. Например, когда клиент спонтанно произносит какую-либо негативную самооценку, мягко предложите ему сформулировать свою мысль именно как оценку, а не как описание (то есть, "Мне кажется, что ...").

## *Разделение предположений*

Ряд обсуждавшихся выше интервенций и упражнений, направленных на разделение автоматических мыслей, можно также использовать для ослабления предположений клиента относительно причин возникновения у него депрессии. Например, предложите своему клиенту переформулировать конкретные причины и/или также составить их перечень (например, "Мне кажется, что одной из причин возникновения у меня депрессии является ..."). Недавно я также придумал упражнение, специально предназначенное для разделения предположений. Оно будет полезно клиентам, которые много размышляли над возможными причинами своей депрессии.

## Упражнение "Предположения о причине возникновения депрессии"

К этому упражнению прилагается форма (приложение В), которая дает вам возможность использовать ее либо во время сессии, либо при выполнении соответствующего домашнего задания (сессия 3, глава 9). Я предпочитаю делать это во время сессии, поскольку в этом случае у меня есть возможность инструктировать клиентов устно и заполнить форму вместе с клиентом. Ниже описаны этапы этого упражнения.

1. Начальное перечисление всех предположительных причин, которые, по мнению клиента, привели к появлению у него депрессии.
2. Перечисление дополнительных "разумных предположений" относительно причин, которые могли бы привести к возникновению депрессии, но которые могут не иметь прямого отношения к этому клиенту (например, возможное увольнение с работы как потенциальная причина возникновения депрессии у клиента, которого в действительности никогда не увольняли с работы).
3. Оценивание "достоверности" каждого из предположений о причинах, высказанных на первых двух этапах.

4. Весьма обширный перечень “сомнительных предположений” относительно причин, которые могли бы привести к возникновению депрессии.
5. Оценивание “сомнительности” этих предположений.

Затруднения, с которыми обычно сталкиваются клиенты, связаны с выполнением этапа 4. В случае необходимости представьте на рассмотрение клиента ряд возможных сомнительных предположений относительно причин, которые могли бы привести к возникновению депрессии. Спектр таких сомнительных предположений может быть весьма широким, начиная с полусерьезных (например, любимая футбольная команда клиента не смогла стать чемпионом страны) и заканчивая комическими и совершенно дурацкими (например, поставил на тотализаторе 2 доллара на выигрыш любимой команды, и в итоге остался без 2 долларов). Возможно, кто-то из ваших клиентов воспримет это упражнение как насмешку над собой, хотя я не припоминаю ни одного подобного случая в моей собственной практике использования этого упражнения. Если же это случится в вашей практике, то рассматривайте это как дальнейшее отражение уровня слияния с высказыванием предположений (когда, в самом крайнем случае, любые сомнения относительно предположений, высказанных клиентом, может восприниматься ним как личное оскорбление). Это означает, что вам понадобится не только выполнить больший объем работы по разделению, но и позаботиться о продвижении контекстуального *Я*.

Разные этапы этого упражнения призваны побудить клиента к рассмотрению широкого и разнообразного массива предположений относительно причин, которые могут (или не могут) объяснять возникновение депрессии. Это указывает на произвольный, случайный характер связи между тем, что человек говорит о депрессии, и сам*ой* депрессией. В случае успешного выполнения этого упражнения такое воздействие обычно оказывает само по себе его выполнение; в этом случае обычно бывает достаточно просто расспросить клиента о его реакциях. Если же это упражнение не оказывает требуемого воздействия, то, вместо того чтобы повторять его несколько раз, попросите клиента ответить на перечисленные ниже вопросы.

- Ведет ли себя ваше сознание как ваш друг, когда речь идет о высказывании предположений о причинах возникновения у вас депрессии?
- Насколько полезны ваши предположения о причинах возникновения у вас депрессии?
- Помогают ли вам избавиться от депрессии высказанные вами предположения о причинах ее возникновения или, наоборот, способствуют поддержанию у вас депрессии?
- Должны ли измениться высказанные вами предположения о причинах возникновения депрессии, чтобы вы смогли избавиться от нее?
- Насколько полезно и необходимо для вас быть уверенным в правильности своих предположений относительно причин возникновения у вас депрессии?

## Метафора "Проколотая шина"

Еще одна интервенция разделения, которую вы можете использовать в качестве дополнения к описанному выше упражнению, пытается акцентировать внимание на сопоставлении важности высказывания предположений и возможности жить в соответствии со своими ценностями. Прежде всего идентифицируйте какие-то занятия или события, которые представляют большую ценность для вашего клиента, например посещение сольного концерта своей дочери или важного совещания на работе. После этого ознакомьте клиента с метафорой "Проколотая шина".

*Терапевт.* Допустим, что сразу же по окончании нашей нынешней сессии вам нужно успеть на сольный концерт вашей дочери-пианистки, который должен состояться где-то на другом конце нашего города. Но, выйдя отсюда и усевшись на сиденье своего автомобиля, вы замечаете, что у вашего автомобиля проколота шина. Какими будут ваши дальнейшие действия?

*Клиент.* Возможно, я вызову такси, хотя это наверняка займет немало времени и я опоздаю к началу концерта. Я мог бы

позвонить в наш клуб автомобилистов и попросить их о помощи, но это тоже займет немало времени. Поскольку я попал в сильный цейтнот, я мог бы попытаться заменить шину самостоятельно. Правда, у меня нет большого опыта в таких делах, но однажды мне пришлось самому заменить прохудившуюся шину в моем автомобиле, и мне кажется, что это был бы самый быстрый способ решения проблемы.

*Терапевт.* Вам хотелось бы знать, почему возник прокол в вашей шине?

*Клиент.* Может быть, на следующий день. Одним словом, не сейчас, попозже.

*Терапевт.* Почему не сейчас?

*Клиент.* Потому что заменить проколотую шину для меня сейчас гораздо важнее, чем пытаться понять причину прокола. Почему она прокололась, сейчас не имеет для меня большого значения.

*Терапевт.* Может быть, депрессия, которая так мешает вам жить, в чем-то похожа на эту проколотую шину?

## *Пересказ жизненной истории, способствующий разделению*

Основной интервенцией для способствования разделению с жизненными историями ваших клиентов является небольшая адаптация интервенции, представленной более широко для использования в ACT Хейсом и Смитом [*Hayes & Smith*, 2005, pp. 91-92]. Попросите своего клиента вначале записать историю своей депрессии, обязательно включив в эту историю все основные жизненные события и обстоятельства, которые, по мнению клиента, поспособствовали развитию у него депрессии и вызвали сопутствующие ей страдания. Это желательно выполнить в рамках домашнего задания клиенту. (Форму, предназначенную для этого, вы найдете в приложении Г.) После того как эта форма будет заполнена, проанализируйте ее вместе с клиентом и совместно

выделите факты, представленные в этой истории, например конкретные жизненные события (вступление в брак, рождение детей, перемены места работы, смерть близких людей, и т.п.), и поместите эти события на ось времени, чтобы уяснить их временн*ы*е связи друг с другом. Затем попросите своих клиентов написать, в рамках выполнения домашнего задания, другую жизненную историю, заключающую в себе те же факты, но не заканчивающуюся возникновением депрессии. (Приложение Г также содержит форму, которую можно использовать для этой цели.)

Клиентам может не понравиться идея написания еще одного варианта жизненной истории: они могут заявить, что первая история была правдивой, а любые другие ее варианты не будут соответствовать действительности. Это свидетельствует об очень высоком уровне слияния с их жизненной историей. В таких случаях я считаю разумным не вступать в спор с клиентом, а мягко, но настойчиво убедить его в необходимости выполнить это упражнение. Например, "Представьте, что вы писатель и вам предоставили эти факты о герое вашего литературного произведения. Готовы ли вы переписать заново свое произведение так, чтобы оно заканчивалось по-другому?" Вполне вероятно, что клиент, который настаивал, что первый вариант его истории "полностью отвечает действительному положению вещей, и изложить его как-то по-другому не представляется возможным", согласится с вашими доводами и предложит вам такой вариант его жизненной истории, который откроет для вас какие-то новые факты. Первый вариант жизненной истории одного из моих клиентов (женщины) заключался в том, что ее депрессия стала следствием развода с ее первым мужем; она считала себя виновницей этого развода. Второй вариант ее жизненной истории позволил выявить новые факты относительно супружеских измен и финансовых махинаций ее бывшего мужа, которые сыграли важную роль в их разводе.

Вы можете даже прийти к выводу о необходимости повторного переписывания жизненной истории клиента. Клиентка, о которой я рассказал выше, написала три версии своей жизненной истории, причем в двух последних версиях были приведены исторические факты, которые происходили примерно в то же время, когда эта клиентка и ее муж

пришли к выводу о необходимости разорвать супружеские отношения (в частности, в это же время умер Джон Ф. Кеннеди, мл. и состоялись президентские выборы 2000 г.): лишь после этого клиентка почувствовала достаточное разделение. Она по-прежнему отдавала небольшое предпочтение первоначальному варианту своей жизненной истории, но ее привязанность к этому варианту ослабела вполне достаточно для того, чтобы она могла успешно справляться с другими аспектами терапии. Об этом свидетельствовало появление улыбки на ее лице, когда я говорил ей: "Похоже, вы по-прежнему готовы настаивать на том, что 'Это моя история, и я не собираюсь отказываться от нее!'".

## Способствование принятию

Как указывалось ранее в этой главе, я считаю разумным рассматривать принятие как некий поведенческий дефицит, который нужно укрепить, а его очевидный антипод, экспериенциальное избегание, являющееся поведенческим излишеством, нужно ослабить. Общепринятая стратегия изменения поведения, рекомендуемая в большинстве книг в этой области [*Martin* & *Pear,* 2007], заключается в том, чтобы одновременно с этим укреплять новое реагирование, которое несовместимо с какими-либо поведенческими излишествами, которые ослабляются. Делать противоположное, значит потенциально провалить "тест на мертвеца", сосредоточившись исключительно на устранении поведенческих дефицитов как терапевтической цели. Как впервые утверждал Огден Линдсли в 1965 г., "тест на мертвеца" ставит следующий простой, но очень важный вопрос: "Может ли мертвец сделать то, чего вы хотите добиться от своего клиента?" [*Malott, Whaley,* & *Malott,* 1991, p. 10]. Если вы предлагаете своему клиенту прекратить избегать неприятных чувств, не поддаваться депрессии, и т.п., то ответом на этот вопрос должно быть "да", поскольку мертвец не избегает неприятных чувств и не поддается (как мы предполагаем!) депрессии. Если ответом является "да", то фокус терапии оказывается неправильным, поскольку не сосредоточен на поведении, которое может нуждаться в укреплении, чтобы изменить жизнь клиента в направлении,

соответствующем его ценностям. Аналогично, желательно сосредоточиться на том, в чем искусство принятия могло бы принести наибольшую пользу вашим клиентам, а не просто на прекращении их попыток добиться эмоционального контроля. Просто отказаться от повестки контроля (хотя это, конечно, очень важно) не тождественно овладению искусством принятия. Ослабление экспериенциального бегства/избегания представляется необходимым для того, чтобы состоялось принятие, поскольку это создает условия, при которых принятие сейчас становится возможным. Невозможно принять нежелательные чувства, пытаясь в то же время избавиться от них. Однако простое прекращение акта избавления, например, от чувства беспомощности не приводит автоматически к принятию такого чувства. Принятие как альтернативный способ реагирования на нежелательные личные события (и отношения к таким личным событиям) путем "принятия того, что предлагается" [*Hayes* et al., 1999, p. 77] нуждается в целенаправленных усилиях по его продвижению и воспитанию.

## *Ослабление экспериенциального контроля*

Самая распространенная стратегия в АСТ, предназначенной для ослабления у клиентов от повестки эмоционального контроля, связана с индуцированием у клиентов креативной безнадежности. Как указывалось в главе 4, я рекомендую вам рассмотреть возможность титрования уровня креативной безнадежности, т.е. регулирования "дозы" интервенции, необходимой для индуцирования оптимального уровня креативной безнадежности, подходящего каждому конкретному клиенту. Мне кажется это особенно важным в случае клиентов, для которых суицидальность является формой экспериенциального избегания. Один из способов контролирования дозы креативной безнадежности, получаемой вашими клиентами, заключается в индивидуальном выборе связанных между собой интервенций и техник для каждого клиента. Например, метафора "Человек в дыре" (см. "Man in the Hole" у Хейса [*Hayes,* 1987, pp. 346-347; *Hayes* et al., 1999, pp. 101-102]), по-видимому, лучше всего подходит для более решительного наступления на повестку

контроля, поскольку вы можете основательно проанализировать и подчеркнуть тщетность каждой из форм экспериенциального бегства/избегания применяемых данным клиентом. Однако в некоторых случаях это может приводить к "перегибам". Таким образом, эта метафора рекомендуется клиентам, у которых нет склонности к суициду, а также клиентам, у которых альтернативные способы ослабления экспериенциального контроля не приводят к желаемому результату.

Поскольку ограниченный объем этой главы не позволяет мне уделить достаточного внимания применению метафоры "Человек в дыре" к депрессивным клиентам, я рассмотрю ее в главе 9. Сейчас же мы рассмотрим другие техники (такие, как метафора "Ожесточенная борьба с монстром" и метафора "Зыбучие пески"), которые бывает легче использовать при индуцировании титрованного уровня креативной безнадежности. С обобщенной версией метафоры "Человек в дыре" можно ознакомиться в книге Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999], а пример ее адаптации для применения к клиентам с тревожными расстройствами можно найти в книге Эйферта и Форсайта [*Eifert* & *Forsyth,* 2005, pp. 136–138].

## Метафора "Ожесточенная борьба с монстром"

Эту метафору [*Hayes,* 1987, p. 366; *Hayes* et al., 1999, p. 109] можно использовать не только для индуцирования у ваших клиентов оптимального уровня креативной безнадежности, но и — с небольшими изменениями — для подчеркивания некоторых издержек, связанных с продолжением следования повестке контроля. Как указывалось в предыдущей главе, одна такая совокупность издержек связана с тем, *что* клиенты упускают в своей жизни (т.е. "боль отсутствия"), безуспешно пытаясь контролировать свою депрессию. При условии, что вам удалось идентифицировать по меньшей мере одну потенциальную область жизни клиента в соответствии с его ценностями (в приведенном ниже примере этой ценностью является возможность быть заботливым родителем), эту метафору можно представить так, как показано ниже.

*Терапевт.* У меня складывается впечатление, что ваша борьба с депрессией похожа на продолжительную ожесточенную борьбу с неким монстром. Это выглядит так, как будто вы изо всех

сил тянете за конец каната, за другой конец которого тянет монстр депрессии. Где-то между вами и монстром находится бездонная яма, поэтому, если вы напряжете все свои силы, вам, возможно, удастся подтащить монстра к самому краю этой ямы и, совершив последнее отчаянное усилие, стянуть его в яму, покончив с ним навсегда. Между тем, пока вы занимаетесь перетягиванием каната с монстром, вы слышите, как где-то у вас за спиной ваши дети умоляют вас поиграть с ними, сходить с ними в кино или зоопарк. Вы хотите проводить время с ними, но не можете выпустить из рук свой конец каната, поскольку желаете одержать верх над монстром. Возможно, вы даже просите своих детей немного подождать, поскольку надеетесь одолеть монстра депрессии в ближайшее время. А теперь представьте, что к краю бездонной ямы медленно приближается не монстр, а вы сами. Возможно, вы напрягаете последние силы, пытаясь одолеть монстра, но это не помогает вам и вы неумолимо приближаетесь к краю ямы. Какие варианты есть в вашем распоряжении?

*Клиент.* Я мог бы позвать кого-то на помощь, чтобы он помогал мне тянуть канат в мою сторону.

*Терапевт.* Вам удавалось это раньше? К тому же, представьте, что в вашу борьбу с монстром не могут вмешиваться посторонние лица.

*Клиент.* В таком случае я постарался бы тянуть канат еще сильнее.

*Терапевт.* Представьте, что вы тянете канат из последних сил, но это не помогает вам. Что еще вы могли бы сделать?

*Клиент.* Может быть, просто отпустить канат?

*Терапевт.* А что случилось бы, если бы вы отпустили канат?

*Клиент.* Депрессия осталась бы при мне.

*Терапевт.* Возможно, именно так и произошло бы. Узнать, что случилось бы в таком случае, можно только одним способом — отпустить канат. С уверенностью можно лишь утверждать,

что в этом случае у вас освободились бы руки и ноги, что дало бы вам возможность заняться чем-то другим. Чем вы могли бы заняться в этом случае?

*Клиент.* Я мог бы уделять больше времени своим детям.

Из двух метафор, призванных индуцировать креативную безнадежность, которые мы будем обсуждать здесь, метафору "Ожесточенная борьба с монстром" легче адаптировать к ослаблению суицидальности, как формы экспериенциального контроля. Если исходить из того, что суицидальное поведение является лишь одним из способов, с помощью которых ваши клиенты пытаются справиться со своей депрессией, то индуцирование определенного уровня креативной безнадежности, достаточного для отказа от повестки контроля, должно существенно снизить риск суицида. Ослабление повестки контроля особенно важно для клиентов, у которых уже случались попытки совершения самоубийства как одной из форм экспериенциального избегания. Слегка модифицируйте эту метафору описанным ниже способом, чтобы обеспечить дозу креативной безнадежности, достаточную для решения этой задачи, не повышая при этом склонности к суициду.

Из того, что вы рассказали мне, следует, что в вашей жизни случаются периоды, когда вам кажется, что монстр депрессии подтягивает вас к самому краю бездонной ямы. Возможно, в такие периоды вы изо всех сил пытались тянуть свой конец каната, стараясь не свалиться в эту яму. Но это не помогало, и вы все ближе и ближе подбирались к краю этой ямы. В такие моменты самоубийство могло казаться вам единственным способом избежать падения в яму. Могли бы вы сделать что-нибудь еще в такой ситуации, помимо напряжения всех сил в попытке избежать падения в яму или совершения самоубийства как способа предотвратить падение? Могли бы вы, например, отпустить канат?

С точки зрения этой метафоры, вам — а также вашим клиентам — было бы целесообразно рассматривать отпускание каната как многократное, а не однократное событие. Ваши клиенты время от времени будут возвращаться к повестке контроля, и монстр депрессии может неоднократно заставлять их хвататься за конец каната и возобновлять

борьбу с депрессией. Самое важное заключается в том, чтобы признавать факт возобновления борьбы (то есть, "Вы снова тягаетесь со своим монстром?") и не рассматривать это как терапевтическую неудачу. Сколько раз клиент будет хвататься за конец каната, столько раз он может отпускать канат, и каждый такой случай будет для вашего клиента очередным поводом почувствовать разницу между жизнью, которая сводится к постоянным попыткам контролировать депрессию, и жизнью в соответствии с его ценностями. Каждое временное отпускание каната приближает вашего клиента к цели принятия, которое будет охватывать все более продолжительные периоды времени.

## Метафора "Зыбучие пески"

Эта метафора [*Hayes* & *Smith,* 2005, pp. 3-4] является еще одним способом ослабления экспериенциального контроля у клиента. Преимущество этой метафоры заключается в более четком формировании у клиента готовности и принятия как альтернативных реакций на депрессию. По этой причине она является, наверное, лучшим вариантом, чем метафора "Ожесточенная борьба с монстром", с точки зрения постепенного перехода к работе по продвижению принятия. Ниже приведен диалог, иллюстрирующий применение метафоры "Зыбучие пески".

*Терапевт.* Вряд ли вам приходилось когда-либо иметь дело с зыбучими песками.

*Клиент.* Не приходилось.

*Терапевт.* Приходилось ли вам когда-либо видеть фильмы, где показывалось, как зыбучие пески затягивают людей?

*Клиент.* Да, я видел такие фильмы.

*Терапевт.* Что происходит с человеком, который пытается выбраться из зыбучих песков?

*Клиент.* Его еще больше затягивает в песок.

*Терапевт.* Правильно. Чем больше человек пытается выбраться из зыбучих песков, тем больше он усугубляет ситуацию. Что, на ваш взгляд, следует делать в таком случае?

*Клиент.* Не бороться?

*Терапевт.* Не просто "не бороться", а войти в полный контакт с песком, попытавшись улечься на спину, насколько это возможно, и передвигаться, лежа на спине, как это делают пловцы. Попытайтесь представить, что ваша депрессия — это зыбучие пески. В таком случае борьба с депрессией приведет лишь к тому, чтоб она будет засасывать вас все больше и больше. Другой, более разумный вариант заключается в том, чтобы войти в полный контакт с депрессией.

*Клиент.* Боюсь, что в таком случае депрессия полностью поглотит меня.

*Терапевт.* Понятно, что такая перспектива кажется вам просто ужасной. Это вполне объяснимый страх, и с этим страхом вам придется как-то совладать. Нам придется рассмотреть разные способы вашего реагирования на этот страх. Главное, перестать бороться с депрессией.

Клиент в рассмотренном нами примере идентифицировал страх как потенциальное препятствие к принятию, высказав опасение, что "зыбучие пески депрессии" полностью поглотят его, если он перестанет бороться с депрессией. Чтобы клиент смог в достаточной мере отказаться от повестки контроля, он должен преодолеть свой страх быть поглощенным "зыбучими песками депрессии".

## Упражнение "Китайские наручники"

Кто-то из ваших клиентов может реагировать на экспериенциальные упражнения более благоприятно, чем на метафоры. Упражнение, которое адаптировано из метафоры, первоначально разработанной Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 105], носит название "Китайские наручники", по-другому "китайские пальцевые манжеты" или "китайская пальцевая головоломка". Китайские наручники представляют собой плетеный цилиндр из бамбука или бумаги, который надевается на пальцы "жертвы" (обычно — на указательные). Попытка вытащить пальцы вызывает растяжение цилиндра в длину и, соответственно, его сужение

в диаметре, что лишь увеличивает его сопротивление таким попыткам. Для освобождения пальцев необходимо совершить противоинтуитивное действие — сблизить пальцы, что приводит к расширению цилиндра. Согласно предложению Эйферта и Форсайта [*Eifert* & *Forsyth*, 2005, pp. 147–149], предпочтительно, чтобы вы участвовали в выполнении этого упражнения вместе с вашими клиентами. После того как оба вы наденете китайские наручники на свои пальцы, между вами происходит примерно такой диалог, как описано ниже.

*Терапевт.* Посмотрим, как освободиться от этих "наручников". Что происходит, когда вы пытаетесь вытащить из них пальцы?

*Клиент.* Ничего не получается. Наручники сжимают мои пальцы еще сильнее.

*Терапевт.* Возможно, вам нужно приложить большую силу? Попробуем потянуть пальцы изо всех сил. Что происходит?

*Клиент.* Наручники затянулись на пальцах еще сильнее.

*Терапевт.* Что еще можно было бы сделать? Что случится, если попытаться сдвигать пальцы навстречу друг другу?

*Клиент.* Сжатие пальцев ослабевает. По крайней мере, сейчас я могу немного сдвигать свои пальцы.

*Терапевт.* Теперь у вас появилось какое-то пространство для маневра. А что если ваша депрессия ведет себя подобным образом? Предлагаю рассмотреть следующий вопрос: какой была ваша жизнь, исходя из вашего личного опыта, когда вы пытались избавиться от депрессии?

*Клиент.* По правде говоря, я был не очень-то доволен своей жизнью. В противном случае я вряд ли появился бы у вас.

*Терапевт.* Готовы ли вы опробовать еще один способ реагирования на свою депрессию — способ, который может предоставить вам больше пространства для маневра, что-то наподобие сдвигания пальцев навстречу друг другу, вместо того чтобы пытаться тянуть их в противоположные стороны?

Клиенты могут реагировать, отвечая, что вытащить пальцы из этих наручников вообще невозможно. В этом случае предложите им задуматься над тем, что такая повестка вытаскивания пальцев из наручников может быть *частью проблемы*, а не ее решением.

> Вашему сознанию может не понравиться то, что я сейчас собираюсь сказать вам. Я не призываю вас верить или не верить моим словам; постарайтесь просто принять мои слова к сведению. Вспомните свой собственный опыт борьбы с депрессией. Мы не знаем, какой была бы ваша жизнь, если бы вы не пытались "вытащить пальцы из наручников", то есть, если бы вы не сосредоточивались на попытках вести свою жизнь без мыслей, чувств и прочих экспириенсов, которые столь неприятны вам. Готовы ли вы по крайней мере к тому, чтобы испытать какие-то варианты, которые принципиально отличаются от того, что вы делали до настоящего времени? Если эти варианты не понравятся вам, вы всегда можете вернуться к своей прежней практике — попыткам вытащить пальцы из наручников.

Ваши клиенты связаны по рукам и ногам, когда продолжают изо всех сил тянуть за канат или пытаются вытащить пальцы из наручников. Цель этих начальных метафор и упражнения "Китайские наручники" заключается в том, чтобы предоставить клиентам какое-то пространство для маневра. Следующий шаг заключается в том, чтобы подготовить ваших клиентов к нежелательным психологическим экспириенсам, с которыми они могут столкнуться, когда начнут относиться к своей депрессии по-другому, то есть жить, не пытаясь бороться с ней.

## *Выработка готовности*

Как подчеркивалось ранее, готовность нужно представлять себе как определенное поведение, которое можно *активно выбирать*, а не как чувство или эмоциональное состояние, которое человек просто испытывает или не испытывает. Когда клиент пытается уяснить эту разницу, важно, чтобы он не ставил знак равенства между *проявлением готовности* к чему-то и *желанием* этого "чего-то". Ни вы, ни ваши клиенты *не хотите* чувствовать себя уязвимыми, встревоженными или неуверенными в исходе лечения с помощью АСТ. Важный вопрос, на который

ваши клиенты должны дать ответ, формулируется так: "Готовы ли вы испытывать то, что вам не хотелось бы испытывать, если это необходимо для избавления от депрессии и получения возможности жить согласно своим ценностям?" Важный вопрос, на который должны дать ответ вы сами, формулируется так: "Готовы ли вы испытывать все, с чем вам придется столкнуться, участвуя в этом процессе вместе с вашими клиентами?"

Все мы зачастую стремимся заключить своего рода сделку с нежелательными психологическими экспириенсами, выражая свое согласие временно потерпеть эти экспириенсы, если у нас есть надежда, что впоследствии мы избавимся от них навсегда. Это, в лучшем случае, иллюстрирует наше согласие потерпеть, а не готовность, и, как часть более широкой стратегии экспериенциального контроля, контрпродуктивно в долгосрочной перспективе. Проявление "готовности", если эта "готовность" обусловлена возможностью избавления от депрессии, представляет собой одну из стратегий экспериенциального контроля и, следовательно, не имеет ничего общего с психологической гибкостью, которая является целью ACT. Готовность, которую вы стремитесь выработать у своих клиентов, представляет собой готовность, побуждающую ваших клиентов активно принимать депрессию и проявлять свою открытость к ней, каким бы ни был исход этого процесса. Ваши клиенты должны ответить на вопрос, готовы ли они испытывать то, чего так старательно они пытались ранее избежать. Выработка такой готовности у клиентов не является самоцелью, или способом укрепить их характер, или способом устранить их депрессию. Выработка такой готовности у клиентов необходима им для того, чтобы у них появилась возможность вести более осмысленную и полноценную жизнь.

## Упражнение на сравнение чистой боли и грязной боли

Чтобы подчеркнуть разницу между проявлением готовности и желанием и еще больше прояснить цель выработки готовности, на данном этапе большинству ваших клиентов было бы полезно выполнить определенную работу по различению чистой боли и грязной боли. Как указывалось в главе 2, "чистая боль" означает здоровые и нормальные

психологические экспириенсы, такие как дисфория, которые, тем не менее, могут быть нежелательными и, следовательно, могут быть точкой приложения усилий по экспериенциальному контролю. Напротив, "грязная боль" представляет собой психологические последствия безуспешного следования повестке, сутью которой являются попытки контролировать "чистую боль" (то есть, дисфория, перерастающая в клиническую депрессию).

**Упражнение по переноске депрессии.** Широко распространенной метафорой в АСТ для различения указанных двух типов боли является метафора двух весов [*Hayes* et al., 1999, pp. 133-134]. Несмотря на то что поначалу эта метафора предназначалась для борьбы с тревожностью, ее с успехом можно применять к депрессивным клиентам. Поэтому, а также из-за большого объема этой метафоры, мы не будем полностью представлять ее здесь (мы сделаем это в главе 9). Однако представленное ниже экспериенциальное упражнение дополняет метафору двух шкал. Для выполнения этого упражнения вам понадобится какой-либо тяжелый и по возможности непривлекательный объект (например, большая, увесистая книга, контейнер с металлическими отходами и т.п.).

*Терапевт.* Представляйте этот контейнер с металлическими отходами, который вы держите в руках, как всевозможные неприятные вам мысли и чувства, которые вам не хотелось бы испытывать во время депрессии. Теперь допустим (хоть вашему сознанию очень не хочется допускать такой вариант), что у вас нет возможности поставить этот контейнер с металлическими отходами на пол и отойти от него куда-нибудь подальше, чтобы он не попадался вам на глаза. Если у вас нет такой возможности — то есть, вам приходится держать его в руках и повсюду носить его с собой, — то единственное, что вам остается решить, это как именно вы будете носить его с собой. (Вручите этот контейнер клиенту.) Какие варианты есть в вашем распоряжении? Вам, конечно же, не нравится таскать такую тяжесть в руках, а это довольно-таки увесистый и малопривлекательный контейнер. Поэтому,

если уж вам придется повсюду носить его с собой, постарайтесь держать его подальше от себя. Если хотите, встаньте и, удерживая контейнер на вытянутых руках как можно дальше от своего тела, походите по комнате туда и сюда. Можете даже выйти в вестибюль, если хотите. Как вам это?

*Клиент.* Тяжеловатая штука... У меня уже устали руки.

*Терапевт.* Хорошо, а сейчас можете держать его у груди, как вы держали бы на руках младенца, и еще немного походите по комнате. Как вам такой способ сосуществования с контейнером?

*Клиент.* Гораздо легче.

*Терапевт.* Допустим, депрессия, с которой вы боретесь, является аналогом этого контейнера в том отношении, что у вас есть возможность выбирать, как именно вы будете носить его. Какой вариант вам нравится больше: держать контейнер у груди или на вытянутых руках?

*Клиент.* Мне больше нравится первый вариант.

*Терапевт.* Теперь заметьте, что даже когда вы держите контейнер у груди, вам это все равно неприятно. Этот дискомфорт является тем, что мы называем чистой болью — чувства досады, разочарования и сожаления, которые мы время от времени испытываем в жизни лишь потому, что они являются непременными спутниками каждого, кто активно вовлечен в жизнь. Сравните эту чистую боль с тем, насколько дискомфортно вам было носить тяжелый контейнер на вытянутых руках. Это то, что мы подразумеваем под грязной болью — дополнительные страдания, которые возникают поверх чистой боли, которую мы не готовы принять. Вот вопрос, к которому мы еще не раз вернемся: готовы ли вы принимать чистую боль, источником которой является ведение полноценной и активной жизни? Я не спрашиваю у вас, хотите ли вы повсюду таскать за собой тяжелый контейнер. Я спрашиваю у вас, готовы ли вы делать это. Хочу уточнить, что положительный ответ на этот вопрос

не приведет к тому, что чистая боль покинет вас. Раньше или позже, люди, которых вы любите, умрут или, может быть, покинут вас в силу тех или иных причин. Вам далеко не всегда удастся достигать своих целей. Однако вы можете минимизировать грязную боль тем, как именно вы будете справляться с чувствами досады и разочарования, которые вполне естественно случаются у каждого, кто ведет полноценную и активную жизнь. Выбор за вами. Вот что я подразумеваю под готовностью.

Как указывалось ранее, готовность, подобно любому поведению, можно вырабатывать. С этой точки зрения, ваша цель заключается в том, чтобы в течение все более продолжительных периодов времени — и в самых разнообразных жизненных ситуациях — поддерживать у себя готовность и способность к принятию, вместо того чтобы практиковать экспериенциальный контроль. Мне хотелось бы завершить эту главу обсуждением двух последних упражнений, которые можно использовать для этой цели. Хотя оба они будут представлены как техники для продвижения принятия нежелательных чувств и эмоций, их можно также распространить на автоматические мысли и другие типы проблематичных личных событий.

## Упражнение "Физикализация"

Это упражнение, заимствованное из терапевтический традиции "гештальт", побуждает ваших клиентов реагировать на свои депрессивные чувства и соответствующие эмоции так, как если бы они были физическими объектами, не являющимися частью собственного *Я* клиента [*Hayes*, 1987, pp. 366-367]. Подобно техникам разделения, это упражнение также побуждает клиентов реагировать по-другому на нежелательные личные события, но на этот раз в центре внимания находятся чувства, а не мысли. Предложение вашим клиентам относиться к своей собственной депрессии так, как если бы она была неким внешним объектом, призвано создать несколько бо́льшую психологическую дистанцию между клиентами и нежелательными эмоциями, с которыми ваши клиенты пытаются бороться.

Чтобы дополнить это упражнение, которое впервые было предложено Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 170-171], и проиллюстрировать процесс установления определенной дистанции между вашими клиентами и их депрессией, воспользуйтесь каким-либо физическим вспомогательным средством, например газетой [*Zettle*, 2004, pp. 90-91].

> Иногда бывает полезно несколько отдалиться от предметов, которые находятся у вас прямо перед глазами, чтобы получше рассмотреть их и понять, что они представляют собой. Возьмите, например, эту газету. (Поместите страницу этой газеты близко к глазам клиента, так чтобы ее текст начал расплываться у него перед глазами.) Можете ли вы читать текст с такого расстояния? (Отодвиньте газету от глаз клиента на обычное расстояния, с которого можно читать текст.) А как сейчас? То же самое может происходить с неприятными нам чувствами, которые назойливо маячат перед нашим мысленным взором. Они могут настолько запутывать нас, что мы утрачиваем способность нормально воспринимать и понимать их. Если вы готовы, предлагаю посмотреть, что произойдет, если мы, хотя бы на короткое время, отодвинем вашу депрессию, которая маячит перед вашим мысленным взором, на расстояние, с которого вы сможете рассмотреть ее получше и, возможно, под другим углом зрения. Закройте глаза и вообразите, что вы ставите перед собой на пол свою депрессию и отодвигаете ее на несколько метров от себя. Дайте мне знать, когда вы нарисуете эту картину в своем воображении. А теперь разрешите мне задать вам несколько вопросов о вашем ощущении депрессии. Насколько она велика, если, конечно, у нее есть какие-то размеры?

Задайте несколько дополнительных вопросов описательного характера о цвете этого "объекта", его весе, плотности, текстуре, температуре, и т.п. Попросите своего клиента ответить на эти вопросы вслух. После первого раунда опроса повторите некоторые из начальных вопросов, чтобы увидеть, изменились ли как-нибудь соответствующие физические атрибуты "объекта". Например, спросите: "Изменились ли размеры депрессии?" Если они остались неизменными, попросите своего клиента идентифицировать свою реакцию на депрессию (например, фрустрация, безнадежность, и т.п.), которая затем подвергается такому же процессу. После этого повторите ту же исходную последовательность вопросов относительно восприятия депрессии клиентом.

Мой собственный опыт свидетельствует о том, что реакция клиентов на это упражнение обычно относится к категории "все или ничего". Например, один клиент поначалу описывал свою депрессию как некую темную, плотную структуру в виде горы с острыми вершинами, на которую невозможно взобраться. Однако после нескольких презентаций этого упражнения в течение ряда следующих друг за другом сессий его депрессия трансформировалась в непроглядный туман, сквозь который этот клиент с трудом пробирался. Не пытайтесь "давить" на клиентов, которые поначалу слабо реагируют на это упражнение; просто зафиксируйте реакции, о которых они сообщают. Можно рассмотреть возможность применения других техник и упражнений [*Strosahl* et al., 2004, table 2.2] в дополнение к тем, которые будут обсуждаться ниже, а также возможную повторную презентацию этого упражнения на каком-то из более поздних этапов терапии.

## Упражнение "Посидите спокойно со своими чувствами"

Это последнее упражнение несколько обманчиво. Хотя оно может показаться достаточно простым, для многих депрессивных клиентов оно оказывается весьма трудным. Ваши клиенты могут по-разному реагировать на нежелательные чувства, начиная с руминации, дистракции и других форм экспериенциального избегания и заканчивая безнадежной покорностью. Что им совершенно несвойственно, так это отсутствие какой-либо реакции на нежелательные чувства, когда клиент просто спокойно сидит со своими чувствами, никак не реагируя на них. Вы можете выдать это упражнение клиенту в качестве его домашнего задания, однако было бы гораздо лучше, если бы вы поначалу предложили клиенту выполнить это упражнение во время сессии, когда у клиента возникают конкретные чувства, которые втягивают его в борьбу за контроль. В таких случаях попросите своего клиента перестать разговаривать, закрыть глаза и "просто замечать" любые чувства, которые возникают у него в этот момент. Попросите клиентов, которые уже знакомы с понятием инвентаризации, поучаствовать в завуалированной форме инвентаризации, молча прислушиваясь не только к "центральным" эмоциям, но и к сопутствующим мыслям, воспоминаниям и телесным

ощущениям, включая желание сделать что-то еще с испытываемыми ими чувствами, помимо простой их фиксации.

> Складывается впечатление, что прямо сейчас вы втягиваетесь в борьбу с чувствами, которые нежелательны для вас. Если это действительно так, прекратите разговаривать, закройте глаза и прислушивайтесь к тому, что я говорю. Прежде всего, постарайтесь сосредоточиться на своих ощущениях и обратите внимание на ощущения, которые испытывает ваше тело в результате контакта с креслом, в котором вы сидите. Теперь переключите внимание на ощущение переполненности чувствами, возникающее у вас. Отведите себе какое-то время, чтобы просто фиксировать каждое из охватывающих вас чувств. Замечайте, как это ощущается вами. Также фиксируйте любые возникающие у вас мысли или физические ощущения. Замечайте любые возникающие у вас желания или порывы избавиться от охвативших вас чувств. Разберитесь, можете ли вы заглушить в себе эти порывы и просто посидеть какое-то время со своими чувствами.

Как и в случае других навыков разделения и принятия, обсуждавшихся в этой главе, умение в течение какого-то времени просто посидеть "в компании" с некомфортными чувствами, можно выработать и усовершенствовать — для этого, как обычно, требуется время и практика. Для этого нужно поначалу выполнять данное упражнение в течение довольно коротких промежутков времени в ходе сессии (отводя для него, например, одну или две минуты), а затем постепенно наращивать его продолжительность, после чего клиент может начать выполнять его в рамках своих домашних заданий. С точки зрения более традиционной поведенческой терапии, это упражнение можно рассматривать как своего рода процедуру экспозиции (подвергания воздействию) или приспособления (адаптации). Однако с точки зрения АСТ, назначение этого упражнения заключается вовсе не в том, чтобы избавиться от депрессивных чувств. Скорее, это упражнение является еще одним средством, которое вы можете применить к своим клиентам для ослабления экспериенциального контроля и активного укрепления готовности и принятия как альтернативных способов реагирования на нежелательные эмоции. Кроме того, это упражнение напоминает другие техники и процедуры в АСТ, которые способствуют укреплению майнфулнесс

и, следовательно, могут также, в случае необходимости, служить своего рода прологом к более сфокусированной работе в этой области.

## Заключение

В этой главе мы избирательно обсудили ряд техник, метафор и упражнений, предназначенных для повышения психологической гибкости ваших клиентов путем изменения способов их обычного реагирования на депрессивный внутренний диалог, чувства и прочие сопутствующие и нежелательные личные события. Интервенции, способствующие разделению и принятию, бывают особенно полезны поначалу, когда вам приходится иметь дело с клиентами, буквально парализованными своими негативными мыслями и связанными с ними чувствами безнадежности, беспомощности и подавленности, которые обычно сопутствуют депрессии. Одна из ваших первых целей, когда вам приходится иметь дело с клиентами, увязнувшими в депрессии, заключается в том, чтобы убедить их "отпустить канат" и отказаться от борьбы с депрессией на достаточно продолжительное время, в течение которого они могли бы заняться чем-либо более полезным и приятным для себя. Какими могли бы быть эти другие занятия, мы рассмотрим в следующей главе.

Кто-то из других ваших депрессивных клиентов мог бы оказаться, в целом, более активным, преследуя при этом цели, не совместимые с их ценностями. В таких случаях маловероятно, что ключевыми мыслями и чувствами, на которых должны сфокусироваться интервенции разделения и принятия, будут мысли и чувства, которые парализовали ваших клиентов, когда они затрачивали бо́льшую часть своего времени на бесплодные попытки спастись от этих мыслей и чувств. Скорее, вам следует сосредоточить свои усилия по укреплению разделения и принятия на тех психологических экспириенсах, которых ваши клиенты активно избегали и которые, как следствие, также становились препятствиями к поведению, определяемому ценностями клиента.

# ГЛАВА 7

# Интервенции, направленные на повышение ответственности и изменение поведения

Если глава 6 посвящалась рассмотрению того аспекта ACT, который касается принятия, то в настоящей главе мы рассмотрим аспект ACT, который касается приверженности ценностям. Поскольку любые ответственные действия, которых вы ожидаете от своих клиентов, должны соответствовать ценностям этих клиентов (лишь в этом случае возможен оптимальный терапевтический эффект), вы обязательно должны помогать своим клиентам оценивать, идентифицировать и прояснять их ценности; лишь после этого вы можете принимать меры по способствованию наружным поведенческим изменениям. Обычно после выявления ценностей вам понадобится указать своим клиентам цели, связанные с их ценностями, а также выяснить и минимизировать препятствия к совершению клиентами ответственных действий; лишь после этого ваши клиенты смогут начать движение к своим целям. Любые изменения в укоренившихся картинах действий способны повысить психологическую гибкость клиента; особенно это касается хронически депрессивных клиентов. Успех поведенческой активизации как самостоятельного способа лечения депрессии [*Dimidjian* et al., 2006] подчеркивает важность оказания клиентам помощи в деле разрушения их поведенческих шаблонов. Однако, как я указывал выше, ACT

не ограничивается поведенческой активизацией, стремясь максимизировать терапевтическую пользу любых поведенческих изменений путем открытого увязывания ответственных действий с базовыми ценностями ваших клиентов.

## Выявление ценностей клиентов и путей, приводящих к развитию депрессии

Как указывалось в главе 2, прояснение ценностей ваших клиентов не только помогает им в дальнейшем ставить перед собой цели и продвигаться к достижению этих целей, но и способно пролить свет на пути, которые приводят к развитию у них депрессии. Это поможет вам разработать план лечения и терапевтический подход, максимально соответствующие потребностям ваших клиентов. Поэтому мне хотелось бы кратко рассмотреть три разновидности проблем, связанных с достижением целей совместимых или не совместимых с ценностями клиента: преследование целей, не совместимых с ценностями; неспособность достичь целей, совместимых с ценностями; и неспособность преследовать цели, совместимые с ценностями. Эти проблемы кратко обсуждались в главе 2.

### *Преследование целей, не совместимых с ценностями*

Если исходить из чисто внешнего впечатления, может показаться, что у кого-то из ваших клиентов "есть все, что только можно пожелать" (в том числе успешная карьера, стабильные супружеские отношения, здоровые дети, и т.п.), — и тем не менее они страдают от депрессии. Такие клиенты не испытывают проблем с постановкой и достижением жизненных целей, но они воспринимают свои достижения как несущественные, поскольку все эти дела и достижения не имеют ничего общего с их базовыми ценностями. В абсолютном смысле, такие клиенты продолжают оставаться активными и не демонстрируют поведенческой пассивности. Однако между их делами и ценностями существует разрыв. Ваша главная задача в таких случаях заключается не в том, чтобы преодолеть поведенческую пассивность и/или неактивность ваших клиентов, а в том, чтобы

перенаправить их энергию и поведение в направлении, соответствующем их ценностям. Как я указывал ранее, главная проблема, с которой вы столкнетесь при выполнении этой задачи, заключается в создании терапевтического климата, при котором ваши клиенты смогут прояснить свои ценности, продвигаясь в направлении того, чего они желают, вместо того чтобы отдаляться от того, чего они хотели бы избежать. Клиенты, которые страдают от "депрессии успеха", вероятнее всего, стремятся к ценностям, которые в действительности не являются их собственными ценностями. Важно, чтобы любые указанные ими ценности были их собственными ценностями. В частности, следует обратить особое внимание на ценности, которые диктуются социальной желательностью, политкорректностью, тем, что, как им кажется, вы хотели бы услышать от них, и тому подобными факторами. В силу этих причин может оказаться, что предпочтительными для вас являются более косвенные способы оценивания и идентификации ценностей. В частности, вам понадобится принять меры к минимизации попыток ваших клиентов предложить ценности, которые должны понравиться другим людям (в том числе и вам), что является одной из форм соглашательства. О некоторых из этих методов я уже рассказывал в главе 4; в настоящей главе мы поговорим о них подробнее.

## *Неспособность достичь целей, совместимых с ценностями*

В вашей практике наверняка встретятся клиенты, чей путь к депрессии является результатом их опыта заблокированности и пребывания в фрустрации вследствие неудачных попыток достичь целей, отражающих их ценности. В отличие от клиентов, столкнувшихся с депрессией успеха, вам может не понадобиться предпринимать значительные усилия, чтобы выявить ценности этих клиентов. Тем не менее вам будет полезно убедиться в подлинности их ценностей. Ключевая проблема заключается не в том, что эти клиенты не вполне отчетливо представляют свои ценности, и не в том, что им не хватает мотивации для совершения ответственных действий, т.е. действий, соответствующих этим ценностям. Напротив, их попытки преследовать цели,

отвечающие их ценностям, оказались заблокированными и безуспешными. Иногда эти препятствия являются по своей природе внешними, а не психологическими (например, клиент, который высоко ценит образование, не может продолжить свое образование из-за нехватки финансовых ресурсов). Рассматривайте препятствия такого рода в достаточно прямой манере решения проблем. В то же время пытайтесь выявить подспудные психологические препятствия или барьеры (например, этот клиент не хочет просить о финансовой помощи, чтобы продолжить свое образование, поскольку опасается получить отказ). Подобного рода препятствия или барьеры можно попытаться устранить с помощью АСТ. Как я предлагал в предыдущей главе, решайте проблемы с психологическими барьерами к достижению целей, отвечающих ценностям клиента, с помощью интервенций, которые способствуют разделению и принятию.

## *Неспособность преследовать цели, совместимые с ценностями*

Последним вариантом, при котором идентификация ценностей может каким-то образом сказываться на депрессии ваших клиентов, является их неспособность даже стремиться к целям, отвечающим их базовым ценностям. В крайних случаях клиенты могут — вследствие тех или иных травматических жизненных событий — оказаться настолько невезучими в своих попытках достичь целей, отвечающих их базовым ценностям, что они оставляют всякие надежды достичь этих целей. Иными словами, они просто "сдаются". Если вы напрямую спросите у этих клиентов об их ценностях, то вполне можете услышать в ответ, что у них нет вообще никаких ценностей. Такая форма экспериенциального избегания представляет собой попытку предотвратить будущее разочарование и психологическую боль. В отличие от клиентов, у которых возникли непреодолимые препятствия на пути к достижению целей, отвечающих их базовым ценностям, у таких клиентов нет мотиваций даже к минимальным попыткам продолжать преследовать свою цель, а непосредственные попытки оценить и идентифицировать соответствующие ценности оказываются бесплодными. Не принимайте

за чистую монету утверждение депрессивного клиента о том, что у него уже нет никаких ценностей. Напротив, рассматривайте это как экспериенциальное избегание. У таких клиентов, конечно же, есть ценности, хотя вам, вероятнее всего, потребуется применить косвенные способы их выявления.

## Непосредственные способы оценивания и выявления ценностей

В книге Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 226–227] предлагается три инструмента — форма нарратива ценностей (Values Narrative Form), форма рейтинга для оценивания ценностей (Values Assessment Rating Form) и форма для оценивания целей, действий, барьеров (Goals, Actions, Barriers Form) — для проведения формального оценивания ценностей ваших клиентов. Кроме того, как указывалось в главе 4 и показано в табл. 4.2, сравнительно недавно были разработаны по меньшей мере две анкеты, которые также можно использовать для оценивания ценностей ваших клиентов. Что касается анкет оценки личных и жизненных ценностей — Personal Values Questionnaire (PVQ; [*Blackledge* & *Ciarrochi*, 2005]) и Valued Living Questionnaire (VLQ; [*Wilson* & *Groom*, 2002]), — то на данный момент существует очень мало убедительных причин для того, чтобы отдавать предпочтение исключительному использованию какой-то одной из них. Кроме того, поскольку они оценивают несколько разные параметры ценностей, вы можете использовать их вместе, по принципу взаимодополнения, особенно в отношении клиентов, которые отчаялись достичь своих целей. Анкеты PVQ и VLQ можно также предложить клиентам, которые могут преследовать цели, несовместимые с их ценностями, и клиентам, которые заявляют об отсутствии (или практическом отсутствии) у них каких-либо ценностей, хотя, как я уже говорил, вполне вероятно, что более полезным в таких случаях может оказаться использование главным образом косвенных способов оценивания. Анкеты PVQ и VLQ представлены в приложении Д и приложении Е, соответственно. Оба эти инструмента оценивают одни и те же девять

сфер жизни (семейные отношения, дружба/социальные отношения, супружеские/интимные отношения, работа/карьера, образование, отдых/развлечения, духовная сфера, отношения в рамках местной общины/гражданские отношения, и здоровье), причем VLQ оценивает также родительские отношения. Обе анкеты также предлагают клиенту оценить важность каждой из совокупностей ценностей и дать оценку степени, в которой действия данного клиента соответствуют каждой совокупности ценностей, хотя эти анкеты отличаются друг от друга по рассматриваемым ими временн*ы*м рамкам. PVQ предлагает клиенту указать рейтинг соответствия за последний месяц, тогда как VLQ ограничивается одной неделей. Хотя оба эти инструмента могут использоваться для корректирования лечения путем выявления сфер жизни, в которых наблюдаются наибольшие расхождения между ценностями и ответственными действиями (т.е. действиями, которые должны отвечать этим ценностям), VLQ несколько точнее отслеживает этот показатель в процессе терапии.

Если вы принимаете решение использовать лишь какой-то один из этих инструментов, то возможное преимущество PVQ над VLQ заключается в том, что PVQ предлагает клиентам указать ценности в каждой из девяти сфер жизни, оцениваемых этой анкетой, а также пытается выявить источники мотивационного контроля над ценностями. Например, клиентам предлагается указать степень, в которой то, что они ценят в каждой из девяти сфер жизни, "обусловлена тем, что кто-то другой хочет, чтобы я..." или "обусловлена тем, что, поступая так, я делаю свою жизнь лучше, более осмысленной и/или более полноценной". Маловероятно, что такие рейтинги, сами по себе, могут служить надежными индикаторами степени, в которой ценности, указанные клиентом, являются внутренне или сторонне мотивированными, поскольку являются еще одной формой вербального поведения и, следовательно, могут также являться не чем иным, как соглашательством (т.е. ваши клиенты могут считать "правильную" причину полагания данной ценности более важной, чем подлинная причина). Главным преимуществом включения таких элементов является возможность начать диалог с вашими клиентами для выяснения, основывается ли то, что они рассказывают

вам о своих ценностях, на их собственном выборе или на том, что, как им кажется, они "должны" — в силу тех или иных причин — считать своими ценностями.

## Прояснение ценностей

Чтобы удостовериться в том, что ценности, указанные вашими клиентами, навеянны их собственными представлениями о том, что хотели бы услышать от них их родители, общество/культура, и/или вы (терапевт), задайте им ряд уточняющих вопросов, после того как будут выявлены ключевые ценности, особенно если для этого использовались более прямые способы. На протяжении всего процесса оценивания, идентификации и прояснения ценностей — но, возможно, в этот момент — важно минимизировать усиление вербального поведения вашего клиента. Соответственно, избегайте, насколько это возможно, любых комментариев типа "хорошо", "отлично", "нормально" или даже "я вижу", а также каких-либо невербальных реакций, которые могут восприниматься клиентом как знаки одобрения или неодобрения того, что клиент говорит о своих ценностях.

### *Родительский контроль*

Нежелательное влияние, которое родительский контроль может оказывать на ценности, заявляемые вашими клиентами как свои собственные, может принимать две формы: соглашательство и контрсоглашательство. В случае соглашательства клиенты могут пассивно поддерживать такие же ценности, как и у их родителей, поскольку именно этого и ожидают от них. Напротив, в случае контрсоглашательства клиенты активно восстают против ценностей своих родителей.

#### Соглашательство

Более очевидной из этих двух форм является соглашательство, при котором ценности вашего клиента являются зеркальным отражением ценностей его родителей (или фигур, заменяющих ему родителей). Из этого вовсе не следует, что ваши клиенты не могут совершенно искренне

и осознанно разделять ценности своих родителей, но вам нужно определить это путем дальнейшего прояснения, вместо того чтобы просто поверить в это. Для этого следует задать клиенту ряд уточняющих вопросов.

> Вы сказали, что быть любящим родителем для своих детей является одной из ваших важнейших ценностей. А что если ваши собственные родители никогда не знали бы о том, что это является одной из ваших важнейших ценностей? Это все равно было бы так важно для вас? А что если бы ваша искренняя любовь и забота о своих детях заставляла ваших родителей считать вас человеком, равнодушным к своим детям? Как бы вы поступали в таком случае?

Несмотря на то что подобные вопросы отражают гипотетический контекст, они могут помочь вам прояснить не только вопрос о том, являются ли ценности, указанные клиентом, его собственными ценностями, но и вопрос о том, действительно ли они являются для этого клиента ценностями, а не выполняют роль цели для каких-то других ценностей. Например, в приведенном выше примере стремление клиента быть любящим и заботливым родителем может быть для него более важным в плане поддержания выгодного статуса в глазах других людей, чем как самоцель. Хотя чуть позже мы поговорим об этом подробнее, сейчас обратим ваше внимание на главное: *цели* являются средством достижения чего-то, тогда как *ценности* являются самоцелью. Пытаясь отличать цели от ценностей, постоянно задавайте себе вопрос: "Чему это (ценность) служит?"

## Контрсоглашательство

Соглашательство, вообще говоря, может также принимать форму контрсоглашательства, когда слушатель поступает вопреки тому, чего хочет добиться от него говорящий [*Zettle* & *Hayes*, 1982]. Например, дети-контрсоглашатели упрямо будут совать пальцы себе в рот, если родители категорически запрещают им делать это, тогда как дети-соглашатели повинуются указаниям своих родителей. Что же касается прояснения ценностей ваших клиентов, то вы можете заметить, что кто-то из них придерживается определенных ценностей главным образом потому, что эти ценности противоречат ценностям их родителей или каких-то

других авторитетных фигур. Хотя это происходит чаще всего с молодыми клиентами и касается политических и религиозных убеждений, позиций и убеждений, следует все же учитывать возможность того, что ценности могут проявляться в форме бунтарского поведения у клиентов любых возрастов. Чтобы прояснить ситуацию, попытайтесь задать клиенту такие же вопросы, какие используются для выявления у него склонности к соглашательству (например, "А что если бы ваши родители перешли в вашу веру?"

## *Социальный/культурный контроль*

Социальные и культурные влияния могут оказаться еще более сильными и всепроникающими, чем влияние родителей, при выработке соглашательских и контрсоглашательских ценностей. Вероятно, самое типичное проявление этого процесса наблюдается, когда клиенты указывают социально желательные ценности, которые пользуются всеобщим одобрением и уважением в определенном культурном контексте. Разумеется, я не призываю вас игнорировать такие ценности, как "активное участие в жизни местной общины". Действительно, с поведенческой точки зрения, функциональными сообществами и обществами являются те, которые побуждают своих членов способствовать выживанию и процветанию таких социальных организмов. Тем не менее заявления клиента о наличии у него ценностей, пользующихся всеобщим одобрением и уважением в определенном социально-культурном контексте, следует воспринимать со здоровой долей скептицизма и предпринимать шаги к прояснению таких ценностей.

Задайте ряд ключевых гипотетических вопросов, касающихся возможного признания со стороны местной общины или общества в целом действий клиента, отвечающих его заявленным ценностям (например, "Если бы вы могли сделать крупное финансовое пожертвование в пользу своей местной общины, вы предпочли бы сделать это пожертвование анонимно или публично?").

Кроме того, следует внимательнее присмотреться к показателям расхождения между ценностями и реальными действиями, которые можно определить с помощью PVQ и VLQ, и задать соответствующие

вопросы. Например, вполне возможно, что клиенты могут "правдиво" указать на значительную дистанцию между такой ценностью, как желательность активного участия в жизни местной общины, и своим реальным поведением в этом отношении из-за возможных психологических барьеров к возможности действовать в соответствии со своими ценностями. Постарайтесь прояснить природу значительных расхождений, напрямую спросив об этом у своих клиентов (например, "Вы указали снижение уровня безграмотности в своей местной общине как важную для вас ценность, но в последнее время делали очень мало, чтобы улучшить ситуацию в этом отношении. Как вы объясняете это?"). Выберите в качестве "мишени" барьеры, которые идентифицируются в ходе этого процесса с помощью интервенций разделения и/или принятия. Если вы приходите к выводу, что ваши усилия не приносят нужного результата, это свидетельствует о том, что рассматриваемая ценность не является собственной ценностью этого клиента, а указывается им из соображений ее социальной желательности. Если клиент указывает на высокий уровень своей активности в связи с ценностью, вызывающей у вас подозрения, расспросите его о подробностях такого поведения (например, "Что именно вы сделали за последний месяц для снижения уровня безграмотности в своей местной общине?").

## *Контроль со стороны терапевта*

Поскольку оценивание, идентификация и прояснение ценностей клиента происходит в рамках терапевтических отношений, вполне возможно, что вы окажетесь самым непосредственным источником нежелательного влияния на то, что клиент представляет как свои собственные ценности. Задайте клиенту гипотетические вопросы, чтобы оценить свое влияние как контролирующей переменной. Например, спросите у клиента, изменились бы его ценности (точнее, то, что он указал как свои ценности), если бы вы не знали, каковы эти ценности, или если бы вы были не согласны с этими ценностями (например, "А что если бы я сказал вам, что, по моему мнению, ваша работа по снижению уровня безграмотности в вашей местной общине является пустой тратой времени?").

## Косвенные способы оценивания и идентификации ценностей

В главе 4 мы уже рассматривали по меньшей мере два косвенных способа идентификации ценностей клиента. Поэтому здесь мы лишь кратко вспомним о них, а несколько альтернативных методов обсудим более подробно.

### *Путем анализа страданий, которые пришлось перенести клиенту*

Как весьма образно заметил Донован [*Leitch, Donovan,* 1973], "Радости и страдания в жизни каждого человека идут рука об руку, стараясь не отставать друг от друга". Выявление ценностей, связанных со страданием, может быть особенно полезным в случае клиентов, которые заявляют, что у них уже нет никаких личных надежд и стремлений. Например, активная вовлеченность в выработку отношений может быть одной из центральных ценностей для клиента, который в свое время был отвергнут дорогим для него человеком. Ценности можно обнаружить там, где есть страдание, и страдание клиентов, которые заявляют об отсутствии у них ценностей, может продолжаться на достаточно интенсивном уровне в течение длительных периодов времени. Как ни странно, ценности не только способствуют страданию в результате их нарушения, но и налагают на него определенные пределы. В связи с этим спросите у своих клиентов: "Что помешало вам еще ожесточеннее бороться со своей депрессией?" Используйте полученный ответ — например, ответ, указывающий на обеспокоенность клиента возможным отрицательным влиянием такой борьбы на друзей и членов семьи, — чтобы удостовериться в вероятных базовых ценностях клиента (например, "Похоже, вам вовсе небезразлично эмоциональное состояние других людей").

### *Посредством постановки терапевтических целей*

Проявив некоторое терпение, вы можете также взять за основу цели, указанные вашими клиентами в качестве терапевтических целей,

прослеживая обратный путь от них к ценностям, на которых они базируются. Как я уже говорил, многие из ваших клиентов будут поначалу ссылаться на эмоциональное раскрепощение или контроль (например: “Я смертельно устал от чувства подавленности” или “Я хочу почувствовать себя лучше”) как свою цель при прохождении курса терапии. Ответ на вопрос “Чего вы можете добиться в результате такого улучшения?” или “Что это даст вам?” может указать на соответствующие цели и/или ценности, которые можно отличить друг от друга путем периодического повторения тех же самых вопросов. Например, “почувствовать себя лучше” может означать, что клиент сможет проводить больше времени со своей семьей, но путем повторения этого же вопроса вы можете определить, является ли возможность “проводить больше времени со своей семьей” лишь еще одной целью или это является ценностью.

## *Путем анализа детских желаний*

Даже у клиентов, которые считают себя настолько потрепанными жизнью, что у них нет никаких ценностей, или клиентов, которые заявляют, что не знают, есть ли у них сейчас какие-то ценности, когда-то все же были какие-то надежды, мечты и устремления. Действительно, с точки зрения АСТ на существование связи между страданием и ценностями, такая психологическая травма у этих клиентов наверняка имела место как реакция на грубое попрание их ценностей. Чтобы определить период, который предшествовал травмирующим событиям в жизни кого-то из таких клиентов, вы можете обратиться к их детским воспоминаниям.

Как я предлагал ранее, когда ваши клиенты настаивают на том, что не могут сформулировать какие-либо из своих ценностей, это нужно воспринимать как экспериенциальное избегание. Возможно, они утверждают это, чтобы избежать контакта с психологической болью, являющейся результатом расхождения между тем, какой они хотели бы видеть свою жизнь, и тем, какова она на самом деле. Болезненными могут оказаться даже детские мечты, от которых клиент давно уже отказался, и поэтому, прежде чем пытаться пробудить у клиента какие-то детские воспоминания, нужно сначала попросить у него разрешения на это.

Я хотел бы попросить вас подумать о вещах, сама мысль о которых может показаться вам неприятной и даже болезненной. Я не стал бы просить вас об этом, если бы не был убежден, что это может оказаться полезным для вас в долгосрочной перспективе. Итак, готовы ли вы пройти этот путь вместе со мной?

Прежде чем расспрашивать клиента о его прежних ценностях, может оказаться целесообразным выполнить определенную работу по разделению, принятию и майндфулнесс, чтобы подготовить вашего клиента к реагированию на какие-либо нежелательные мысли и/или чувства, которые могут возникнуть у него.

Вы утверждаете, что у вас уже нет никаких ценностей и что вы навсегда расстались с желаниями и мечтами, которые когда-то были у вас. Можете ли вы сказать мне, в чем заключались эти желания и мечты? Помните ли вы время — возможно, это было в юности или даже в детстве, — когда у вас были какие-то желания, мечты и ожидания относительно вашего будущего? Опишите эти желания, мечты и ожидания. Хотелось ли вам тогда, чтобы ваша жизнь была похожа на вашу нынешнюю жизнь?

В идеале, клиенты укажут вам цели, отвечающие ценностям, которые по-прежнему важны для них и применимы к их сегодняшней жизни. Например, кто-то из клиентов может вспомнить, что в детстве ей хотелось стать учительницей, однако эта ее детская мечта осталась неисполненной. При необходимости повторите несколько раз вопрос: "Почему вы мечтали об этом?", чтобы выявить какую-то из ценностей, по-прежнему актуальных для этого клиента (например, ей хотелось научить чему-то полезному других людей); это поможет вам направлять действия клиента так, чтобы они соответствовали его ценностям (например, он мог бы попробовать себя в роли волонтера-наставника). Даже если вам не удастся выявить какие-то конкретные ценности, по-прежнему актуальные для данного клиента, это упражнение может принести пользу, подтолкнув клиента к установлению контакта со своими ценностями как более обобщенному процессу, который придает дополнительную энергию и смысл его жизни.

## *Чья жизнь восхищает вас*

У большинства из нас есть кумиры среди ныне живущих или когда-то живших людей, которые восхищают нас и являются для нас образцом. Иногда такими образцами являются близкие нам люди (члены нашей семьи, друзья или просто знакомые). В других случаях такими образцами являются личности национального или международного масштаба. Клиенты, которые отказываются рассуждать о своих собственных ценностях, могут охотно рассуждать о людях, которые являются их кумирами и которых они считают образцами, достойными подражания. Сначала попросите своего клиента указать таких людей, а затем поговорите с ним о том, какие ценности воплощаются в поступках таких людей (например, "Что именно восхищает вас в Мартине Лютере Кинге, мл.? Чему он посвятил свою жизнь?").

В результате дальнейших расспросов вы наверняка сможете выявить по меньшей мере одну базовую ценность в жизни кумиров вашего клиента, которая близка ему и которая, по-видимому, является его собственной ценностью. В примере с Мартином Лютером Кингом, мл. такой ценностью может быть его верность идеалам справедливости и борьба за гражданские права, непоколебимость его убеждений и личное мужество, с которым он продолжал борьбу за свои идеалы перед лицом опасности. После того как вам удастся выявить базовую ценность человека, восхищающую вашего клиента и близкую ему, вы можете использовать ее как маркер, на основе которого можно затем сформулировать цели и соответствующие им действия.

## *Упражнение "Для чего вы живете?"*

Это упражнение, заимствованное мною из книги Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 215–217], является, наверное, самым распространенным способом косвенного оценивания и идентификации ценностей клиента. В описании этого упражнения, приведенном в книге Хейса и др., клиентам предлагалось вообразить, что они умерли и могут наблюдать за собственными похоронами. Учитывая высокую психологическую ранимость многих депрессивных клиентов, вам, возможно, понадобится несколько

снизить интенсивность и слишком мрачную и даже отталкивающую природу этого упражнения, изменив его таким образом, чтобы в нем не шла речь о смерти как таковой. Например, подобно тому, как это происходит в телешоу *Lost* ("Потерявшийся") [*Abrams, Lindelof, Cuse, Bender, Pinkner,* & *Burke,* 2006], предложите своему клиенту вообразить, что он "потерялся" на какое-то время; что его семья и друзья решили, что он, наверное, умер; и что он вернулся, оставаясь никем не узнанным, как раз к моменту своих собственных похорон. Предложите клиенту сценарий, описанный ниже.

> Если вы не против, я хотел бы, чтобы вместе со мной вы приняли участие в упражнении, призванном прояснить смысл вашей жизни. Итак, закройте глаза и посидите спокойно какое-то время, постаравшись сосредоточиться. А теперь вообразите, что ваши друзья и семья ошибочно посчитали, что вы умерли. Возможно, вы чудом выжили в авиакатастрофе, подобно персонажам телешоу *Lost,* и возвратились домой как раз к моменту своих собственных похорон. Вообразите, что ваша внешность переменилась до такой степени, что никто, в том числе и те, кто произносит прощальные речи, не узнает вас. Похвалы каким своим качествам вы хотели бы услышать из уст тех, кто выступает с прощальными речами? Каким вы хотели бы остаться в памяти каждого из близких вам людей?

Уделите хотя бы несколько минут перечислению базовых ценностей, которые вам удалось выявить в результате выполнения этого упражнения.

## *Упражнение "Эпитафия"*

Последний способ косвенной идентификации ценностей заключается в том, что вы предлагаете своему клиенту написать эпитафию самому себе. Вы можете выполнить это упражнение в сочетании с предыдущим упражнением [*Hayes* et al., 1999, pp. 217-218] или независимо от него [*Eifert* & *Forsyth,* 2005, pp. 154-155].

> Вообразите, что похороны продолжаются на вашей могиле, где вам предстоит навечно упокоиться. Вы видите надгробный камень, для которого вам предстоит сочинить эпитафию самому себе. Постарайтесь кратко выразить, чему была посвящена ваша жизнь и чем вы хотели бы запомниться близким вам людям.

### *Косвенные способы оценивания и идентификации ценностей клиента: резюме*

Мы рассмотрели ряд косвенных способов оценивания и идентификации ценностей клиента. Я не рекомендую назначать все эти упражнения и техники каждому из ваших клиентов. Какие-то из этих упражнений и техник могут оказаться более эффективными, чем другие. Возможно, что после неоднократного выполнения каждого из этих упражнений и техник вы остановитесь на одном или двух предпочтительных для вас способах. Более важным, чем выбор конкретных косвенных процедур оценивания, которыми вы будете пользоваться, является ваше объединение их друг с другом, а также с более прямыми способами определения ценностей, такими как PVQ и VLQ. Это объединение поможет вам составить общее представление о ключевых ценностях ваших клиентов, что понадобится вам на следующей стадии терапевтического процесса — постановке целей, которые в конечном счете приведут к действиям, соответствующим ценностям клиентов.

## Конфликты ценностей

Прежде чем перейти к обсуждению постановки целей, мне хотелось бы сказать несколько слов о возможности конфликтов ценностей. Одна из трудностей, с которыми вы можете столкнуться при проведении работы по выявлению ценностей при АСТ, заключается в том, чтобы не отвлекаться на то, что вы и/или ваши клиенты могут ошибочно принимать за конфликты между их ценностями. Вспомните, что ценности — это не какие-то материальные объекты, а, скорее, "вербально сформулированные глобальные следствия желаемой жизни" [*Hayes* et al., 1999, p. 206], то есть, они словесно отражают то, чего данный клиент желает больше всего в своей жизни. С этой точки зрения, конфликты на уровне ценностей вообще невозможны.

Сам по себе термин "конфликт" предполагает такую борьбу между антагонистическими силами или сущностями, при которой, чтобы конфликт удалось разрешить, одна сила должна капитулировать или быть

побежденной другой силой. Однако ценности не являются взаимоисключающими, и ценности в какой-то одной сфере жизни не должны приноситься в жертву или изменяться, чтобы человек мог твердо придерживаться своих ценностей в другой сфере жизни. Например, между ценностью "быть заботливым родителем" и ценностью "быть добросовестным работником" нет внутреннего противоречия или конфликта, которые делали бы эти ценности несовместимыми друг с другом. Они могут мирно сосуществовать.

Это вовсе не означает, что ценности не могут меняться или что не может быть конфликтов, связанных с ценностями. Однако такие конфликты связаны не столько с самими ценностями, сколько с действиями, направленными на достижение целей. Самое важное: для разрешения таких конфликтов вовсе необязательно, чтобы изменялись ценности ваших клиентов. Например, такие действия, как "пойти с детьми в зоопарк" и "поработать сверхурочно", могут быть действиями, совместимыми с ценностями "быть заботливым родителем" и "быть добросовестным работником", соответственно. Конфликт может возникнуть, если начальник просит клиента поработать сверхурочно, когда клиент уже пообещал детям в тот же день пойти с ними в зоопарк. То и другое действие не могут произойти одновременно, и клиенту придется выбирать, *что* для него важнее. Однако ценность, связанная с действием, которое не выбрано, при этом не приносится в жертву. Поход с детьми в зоопарк вместо выполнения сверхурочной работы вовсе не означает, что клиент не является "добросовестным работником", а выполнение сверхурочной работы вовсе не означает, что клиент жертвует такой важной для него ценностью, как возможность "быть заботливым родителем". Поход в зоопарк с детьми можно перенести на другой день или, как вариант, клиент может провести время со своими детьми как-то по-другому (например, вернувшись с работы, он может поиграть с ними), что также даст ему возможность проявить заботу о детях. Аналогично, он может не поступиться другой своей ценностью и проявить себя "добросовестным работником", даже если не будет работать сверхурочно.

Если же клиент говорит о предположительном "конфликте ценностей", особенно если он упорно настаивает на наличии такого конфликта,

то это, вероятно, является еще одним проявлением экспериенциального избегания. Такой “конфликт” нужно, для видимости, как-то разрешить, чтобы клиент мог продолжать жить согласно своим ценностям, а пока он не будет разрешен, клиент может заявлять, что это не позволяет ему жить согласно своим ценностям, снимая таким образом с себя ответственность за это. (В этом случае понятие “ответственность” используется не для порицания клиента, а для того, чтобы подчеркнуть способность человека реагировать по-другому на свои собственные ценности, т.е. быть “способным отвечать”.) Даже конфликты, надлежащим образом регулируемые вашими клиентами на уровне действий, обусловленных целями, могут ощущаться ими как весьма неприятные, и поэтому ваши клиенты могут считать необходимым для себя как-то разрешить их. Например, уход за больными родителями может отнимать время, которое клиент мог бы провести в компании друзей. Особенно в случае клиентов, которые обычно избегают такого дискомфорта, быстро отдавая предпочтение одному варианту над другим (то есть, прекращение напряжения конфликта является более важным, чем то, как именно этот конфликт будет разрешен), вы можете посчитать терапевтически предпочтительным помочь им подойти к этому конфликту каким-либо альтернативным и обдуманным способом. Например, вы можете предложить своим клиентам выждать паузу и просто замечать, какие мысли, чувства, телесные ощущения и прочие личные события возникают у них, когда они просто сосуществуют с этим конфликтом. Такие реакции могут затем также стать объектом соответствующей работы по разделению и принятию.

## Постановка целей

С точки зрения АСТ, цели неизбежно связаны с ценностями, однако цели можно и нужно отличать от ценностей. Как указывалось выше, задавая клиенту вопрос: “Что это дает вам?”, вы используете, наверное, самый эффективный способ различения целей и ценностей. Цели служат ценностям, тогда как ценности являются самоцелью, т.е. они служат сами себе.

Также, чтобы не путать цели с ценностями, цели можно представлять себе как исходы, а ценности — как соответствующие процессы. У целей как исходов есть определяющее, решающее качество, поскольку вы либо достигаете целей, либо не достигаете их, тогда как у ценностей такого решающего качества нет, поскольку у них нет момента завершения. Например, получение научной степени является исходом и может быть одной из многих целей (другой целью может быть, например, изучение иностранного языка), которые обусловлены одной из ценностей — образованность. У получения научной степени есть момент завершения, тогда как у образованности момента завершения нет, поскольку человек всю жизнь чему-то учится. Поведение, заключающееся в непрерывной постановке и преследовании целей, даже если не всех их удается достичь, вовлекает нас в непрерывный процесс, который сам по себе является ценностью; отсюда хорошо известное в ACT изречение о том, что "исход представляет собой процесс, посредством которого процесс становится исходом" [*Hayes* et al., 1999, p. 219]. Даже если клиенты, которые ценят образование, никогда не получат ученую степень, курсы наук, которые они пройдут в надежде получить ученую степень, послужат их образованности. Цель (получение ученой степени) не была достигнута, но клиенты действовали в соответствии со своими ценностями. Если клиенты преследуют достаточное число целей, связанных с повышением уровня своего образования, то процесс повышения уровня образования будет реализован.

## *Метафора "Компас"*

Последний способ проведения различия между целями и ценностями, который может оказаться полезным и для вас, и для ваших клиентов, заключается в уподоблении ценностей меткам на лимбе компаса, помогающим человеку выбрать верное направление своего жизненного пути [*Hayes* et al., 1999, p. 209]. Чтобы проиллюстрировать это положение, предложите своим клиентам описанную ниже метафору.

> Наши ценности подобны меткам, нанесенным на лимбе компаса. Если вы заблудились, оказавшись в незнакомой местности, но у вас есть компас, вы можете воспользоваться им, чтобы проверить, движетесь ли вы

в требуемом направлении. Допустим, вашей ценностью является движение строго на юг. Вы можете использовать компас, чтобы определить направление на юг, а затем выбрать какой-либо ориентир на местности, например горную вершину, виднеющуюся на горизонте, который совпадает с направлением на юг, и двигаться в направлении на этот ориентир (цель). Пока вы движетесь в направлении на этот ориентир, вам даже не нужен сам компас, чтобы понять, движетесь ли вы в южном направлении. А как быть, когда вы достигнете горы, на которую вы ориентировались? Вы уже на юге? Или вам нужно продолжать двигаться в южном направлении, поскольку впереди вас ждет "еще больше юга"? А что если движение в южном направлении сродни такой ценности, как "быть заботливым родителем" (или какой-либо другой ценности, заявленной клиентом)? Есть много способов проявить себя заботливым родителем — разные цели, продвигающие вас в этом направлении, которые вы можете ставить перед собой, — но закончится ли это движение когда-нибудь?

Наступит ли когда-нибудь момент, когда вы вычеркнете такую ценность, как "быть заботливым родителем", из своего списка пожизненных ценностей, или это бессрочная ценность? Хотите ли вы, чтобы эта ценность оставалась центральной частью вашей жизни до самого конца вашего жизненного пути? Останется ли это вашей ценностью, даже если вам доведется пережить своих детей?

## *Постепенная постановка целей*

Подобно использованию принципа постепенного наращивания сложности домашних заданий, применяемого в когнитивной терапии [*Beck* et al., 1979], принцип постепенности следует применять и к постановке целей. Выявите ряд краткосрочных, а также долгосрочных целей, связанных с ключевыми ценностями каждого из ваших клиентов. При необходимости, разбейте крупную, более долгосрочную цель (например, получение высшего образования) на ряд более мелких этапов, в зависимости от величины дистанции между нынешним положением клиента и положением, которое он займет в результате достижения им рассматриваемой цели. На самом элементарном уровне, первой целью в случае "движения в южном направлении" является просто совершение

первого шага; это может быть подходящей отправной точкой для клиентов, которые не демонстрируют никакого движения в сторону заявленных ими ценностей.

Хорошим правилом является увязывание таких целей с ценностями клиента, которых можно достичь за межсессионное время (которое в большинстве случаев составляет одну неделю). В случае клиентов с весьма ограниченной подвижностью этот период времени можно разбить на еще более мелкие этапы (например, ставить цели на каждый очередной день). Важный вопрос, который следует поставить перед клиентами и, при необходимости, ответить на него вместе с вашими клиентами, можно сформулировать так: "Что вам нужно сделать прежде всего для того, чтобы получить высшее образование?" Получив ответ на этот вопрос, рассмотр*и*те, когда может быть достигнута эта первая цель и какие дополнительные шаги могут быть предприняты перед следующей сессией (например, "Когда вы сможете выяснить, можно ли подать документы в колледж в электронном виде, и каким будет ваш следующий шаг, после того как вы это выясните?") В приложении Ж приведена форма "Цели–действия", которую можно использовать для указания целей, соответствующих действий и другой уместной информации. Эта форма также поможет вам структурировать соответствующие домашние задания. Эта форма представляет собой адаптацию аналогичной формы, разработанной Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 227].

Формулируйте цели, какими бы они ни были — краткосрочными или долгосрочными, — поскольку их выполнение легко проконтролировать. Например, цели "поступить в колледж" или "быть более приятным в общении с людьми" кажутся слишком размытыми. Их можно переформулировать так, чтобы их очертания стали более четкими, например "получить форму заявления на допуск к экзаменам" и "каждый день спрашивать по меньшей мере у четырех человек, как у них идут дела". По возможности, предлагайте своим клиентам ставить перед собой конкретные цели, но ваше участие в этом процессе может быть необходимым для того, чтобы контролировать наличие тесной связи этих целей с ключевыми ценностями клиента, четкость формулирования этих целей и их связь с общей последовательностью действий,

направленных на достижение некой долгосрочной цели (которая также должна соответствовать ценностям данного клиента). Когда будет достигнута какая-то одна цель, являющаяся одним из звеньев некой цепочки целей, переключите внимание на следующий шаг (например, после того как будет получена форма заявления на допуск к экзаменам, ее нужно заполнить и вернуть в приемную комиссию колледжа, и т.д.).

## *Приоритизация ценностей*

Поскольку цели связаны с ценностями, при постановке целей возникает следующий логичный вопрос: какие из ценностей следует считать более важными, чем другие? В результате процесса оценивания, идентификации и прояснения ценностей у вас и у ваших клиентов к этому времени уже должно было сложиться какое-то представление об относительной важности ценностей, связанных с теми или иными сферами жизни, а также о степени их влияния на действия клиента, обусловливаемые его ценностями в каждой из этих сфер. Использование анкет PVQ и VLQ позволяет получить соответствующую информацию более непосредственным путем, но даже исключительное полагание на косвенные способы оценивания ценностей, наверное, также позволит получить эту информацию.

Если между вами и вашими клиентами по-прежнему нет единого мнения относительно того, с какой сферы жизни следует начинать постановку целей, предложите своим клиентам сделать этот выбор. В таких случаях необходимо удостовериться в разумности и обоснованности такого выбора. Вообще говоря, я рекомендую начинать с самой важной сферы жизни, в которой проявляется наибольший дефицит поведения, обусловливаемого ценностями клиента. Если вам приходится иметь дело с клиентами, которые не решаются сделать этот выбор, попытайтесь вместе с ними выбрать, с чего следует начать, вместо того чтобы делать этот выбор за них. Во всяком случае любое движение ваших клиентов в направлении, соответствующем их ценностям, следует рассматривать как терапевтическое. Решение потенциальной задачи "с чего начать" является, по моему мнению, менее важным, чем "начать хотя бы с чего-нибудь".

После того как будет достигнут достаточный прогресс и будет создан достаточный "импульс движения" в одной из сфер жизни, представляющих ценность для клиента, нужно инициировать постановку целей и соответствующих ответственных действий в других сферах. Поскольку переход к действиям, отвечающим ценностям клиента, представляет собой процесс, нужно сначала завершить одно и лишь после этого приступать к другому. Кроме того, поскольку цели, обусловленные ценностями, могут быть долгосрочными (например, получение высшего образования), было бы нереалистичным затягивать с действиями в других сферах, пока не будет достигнута соответствующая долгосрочная цель. Например, клиент, который высоко ценит не только образованность, но и проявление заботы о детях, может демонстрировать активность и в этой сфере, не откладывая действия в этой сфере до момента получения диплома о высшем образовании. Ценности как таковые не конфликтуют между собой, и жить в соответствии с ценностями в разных сферах жизни можно одновременно, а не последовательно.

## Действия в соответствии с ценностями

Третьим, и последним, этапом в процессе индуцирования у клиента поведения, направляемого ценностями, являются действия, отвечающие ценностям клиента (ответственные действия, или действия, демонстрирующие приверженность клиента определенным ценностям). Иными словами, клиент должен заниматься тем, что необходимо для достижения его целей. В зависимости от того, какое место занимает какая-то конкретная цель по отношению к более масштабной цели, представляющей высокую ценность для клиента, а также в зависимости от природы этой цели, ответственное действие и цель, которой оно стремится достичь, могут быть практически неразделимы (например, встреча с приятелем). Другие цели могут предусматривать достаточно широкий набор связанных между собой действий, которые могут привести к достижению этих целей. В этом случае разница между какой-то конкретной целью и действиями, необходимыми для ее достижения, становятся более значимыми. Например, получение формы заявления

на допуск к вступительным экзаменам как первый шаг в длительном процессе получения диплома о высшем образовании можно осуществить разными способами (например, такую форму можно "скачать" из интернета, получить в приемной комиссии, затребовать по телефону, получить по обычной или электронной почте). Точно так же, как разные цели могут служить одной и той же ценности, любой данной цели можно потенциально достичь в результате ряда конкретных действий.

В качестве домашнего задания вы можете указать на форме "Цели–действия" определенные цели и определенные варианты поведения, с помощью которых ваши клиенты могут достичь этих целей. При необходимости задайте своим клиентам следующий вопрос относительно каждой цели: "Что именно вы намерены делать, чтобы достичь этой цели?" Обратите внимание, что любые варианты поведения, перечисленные в столбце "Соответствующие действия", должны быть необходимыми для достижения рассматриваемой цели, но они могут оказаться недостаточными. Основное внимание в любом таком домашнем задании должно быть сосредоточено на готовности клиента твердо придерживаться соответствующего поведения, а не на достижении этой цели как таковом. То есть, приверженность клиента относится к процессу его участия в поведении, направленном на достижение цели, которое находится под непосредственным контролем этого клиента, а не к исходу этого процесса, который не находится под его непосредственным контролем. Например, получение большего дохода может быть целью, которая позволяет клиенту проявлять таким образом бо́льшую заботу о детях, и просьба о повышении в должности может быть необходима для получения большего дохода. Однако сам по себе акт такой просьбы еще не гарантирует, что эта просьба будет выполнена. Соответствующее действие, которое не принесло должного результата, можно повторить или попробовать какие-то другие средства достижения этой цели (например, подыскать для себя более высокооплачиваемую работу).

## *Природа приверженности*

Приверженность (ответственность) предполагает не только словесные утверждения, что мы сделаем что-то, но, что гораздо важнее,

фактическое совершение требуемых действий. Иногда мы достигаем поставленной цели с первой попытки; в других случаях, чтобы достичь цели, нам приходится повторять попытки снова и снова. Мне нравится напоминать своим клиентам следующее известное высказывание Марка Твена.

> Бросить курить? Нет ничего проще! Мне это известно как никому другому, поскольку я делал это тысячу раз!

## Повышение психологической гибкости

Возможно, многие из ваших клиентов привычно совершают одну-две безуспешные попытки достичь той или иной цели, после чего отказываются от дальнейших усилий в этом направлении. В отличие от Марка Твена, они не бросали курить тысячу раз, а просто отказывались от дальнейших усилий после одной-двух попыток. Такое часто случается с клиентами, заявляющими об отсутствии у них каких-либо ценностей. Человек может сознательно избегать разочарования, наступающего в результате безуспешных попыток достичь цели, если у него отсутствуют ценности, которые заставляли бы его преследовать какие-то цели. Ваша задача при работе с такими клиентами заключается в том, чтобы ослаблять их старый, прочно укоренившийся подход к ответственным действиям, обусловленным приверженностью клиента определенным ценностям, и поддерживать более гибкие способы реагирования. В этом случае проявление упорства и настойчивости перед лицом разочарования, начальных неудач и прочих экспериенциальных барьеров, которые работают на ослабление приверженности клиента к жизни в соответствии с ценностями, представляет собой именно такое повышение психологической гибкости. Ниже я расскажу о способах преодоления таких барьеров окружающей среды и психологических барьеров на пути к ответственным действиям, но прежде чем перейти к такому рассказу, мне хотелось бы рассмотреть еще ряд вопросов, касающихся способствования ответственным действиям.

Последовательная постановка целей в сотрудничестве с вашими клиентами максимизирует вероятность того, что они добьются успеха

в своих начальных усилиях по достижению этих целей. Однако иногда клиенты даже не делают попытки совершить действие, предусмотренное их домашним заданием и заранее согласованное с терапевтом. Это предоставляет вам особенно ценную терапевтическую возможность помочь вашим клиентам в преодолении их старых, негибких и дисфункциональных способов реагирования на взятые ими обязательства. В частности, нужно провести различие между типичной манерой клиента подходить к своим обязательствам — например, говорить, что он сделает что-то, но не делать этого, чувствовать себя виноватым и неудачником, избегать говорить, что в следующий раз он поступит так же, сдаваться после первой же неудачи, чувствовать себя еще бо́льшим неудачником — и альтернативным способом реагирования. Выполните определенную работу по разделению, принятию и майндфулнесс, чтобы преодолеть у клиента чувства неудачи и вины, которые воздвигают психологические барьеры на пути к ответственным действиям. Что еще важнее, спросите у клиента, готов ли он вернуть себе приверженность как способ формирования и поддержки некой альтернативной поведенческой цепочки (в частности, чувствуя себя виноватым и неудачником, сказать еще раз, что он сделает что-то, и сделать это). Приверженность похожа на падение с лошади: нужно как можно быстрее прийти в себя после падения и продолжать действовать в прежнем духе, не обращая внимания на ушибы.

## Переформатирование успеха

Как я указывал ранее, некоторые цели, отвечающие ценностям, неотделимы от поведения, необходимого для достижения этих целей (например, прекращение курения), тогда как другие цели можно отделить от поведения, с помощью которого достигаются эти цели. В случае первого типа целей простое участие в соответствующих действиях приводит к успешному достижению этих целей. Вашей главной задачей в этом случае является поддержка ваших клиентов в деле изменения их поведения. Когда же цели и соответствующие действия не связаны жестко между собой, вам приходится решать другую задачу, поскольку у клиентов могут просто опуститься руки, если их повторяющиеся попытки

достичь данной цели не приводят к успеху. Ценности можно "предписывать" разными способами, один из которых заключается, конечно же, в том, что вы просто выбираете альтернативную цель, связанную с той же ценностью, — цель, которая может быть более достижимой (например, поиск более высокооплачиваемой работы или какой-нибудь дополнительной "подработки" может оказаться более эффективным в плане повышения дохода, чем постоянные просьбы о повышении в должности). Еще один вариант заключается в переформатировании того, что составляет успех, чтобы сделать больший упор на *процессе* преследования целей, отвечающих ценностям клиента, чем на их *достижении*. Например, во многих случаях вы можете сослаться на одного из кумиров своего клиента или по крайней мере на какую-либо заметную фигуру, которая, по мнению клиента, ведет (или вела) жизнь, достойную восхищения и подражания.

*Терапевт.* Вы сказали, что восхищаетесь д-ром Мартином Лютером Кингом, мл. Чему, на ваш взгляд, он посвятил свою жизнь?

*Клиент.* Он боролся за права меньшинств в Соединенных Штатах; он стремился, чтобы они пользовались такими же гражданскими правами, как и все остальные, и чтобы к ним относились, как относятся ко всем остальным.

*Терапевт.* Насколько он, по-вашему, преуспел в этом? Можно ли утверждать, что благодаря борьбе д-ра Кинга чернокожие в Соединенных Штатах сейчас имеют равные права с белыми?

*Клиент.* Не вполне.

*Терапевт.* Из этого следует, что д-р Кинг оказался неудачником? Он ведь не достиг своей цели.

*Клиент.* Не достиг, но он сделал очень много для этого, хотя предстоит еще немало сделать.

*Терапевт.* Итак, мне кажется, что успех вы представляете себе по меньшей мере с двух точек зрения. Одна из них заключается в том, что мерилом успеха является достижение определенных

целей (например, обеспечение гражданских прав для меньшинств). Другая точка зрения на успех заключается в том, что успех можно рассматривать как приверженность своим мечтам, ценностям и представлениям о том, как должен быть устроен наш мир, даже если вы никогда не окажетесь в этом мире (вспомните, например, речь д-ра Кинга "У меня есть мечта"). Какая из этих двух точек зрения ближе вам?

*Клиент.* Вторая.

*Терапевт.* Можете ли вы применить такой же способ мышления об успехе к ценностям и целям, которые важны лично для вас?

## Упражнение "Пытаться или делать"

Принимать решение о выдаче клиенту поведенческого домашнего задания, предполагающего действия по достижению определенных целей, нужно *только* совместно с клиентом. Однако после того как вы вместе с клиентом поставили определенную цель и указали действия, направленные на достижение этой цели (соответствующую информацию необходимо зафиксировать в форме "Цели–действия" для выполнения домашнего задания), спросите у клиента напрямую, готов ли он исполнить взятые на себя обязательства (например, "Готовы ли вы за время, остающееся до начала нашей следующей сессии, попросить своего начальника повысить вас в должности?"). В таких случаях клиенты обычно отвечают: "Попробую". Однако такой ответ не способствует выполнению действия, которое клиент обязался выполнить, и требует какой-то реакции с вашей стороны. Вы можете перефразировать и повторить свой вопрос: "Я не спросил у вас, *попытаетесь* ли вы попросить своего начальника повысить вас в должности. Я спросил у вас, *попросите* ли вы его повысить вас в должности". Представьте это экспериенциальное упражнение так, чтобы еще раз подчеркнуть разницу между "попытаться" и "сделать". Поместив какой-либо объект (например, карандаш) в такое место, откуда клиент может легко достать его, обратитесь к клиенту со следующими словами.

> Попытайтесь взять в руку карандаш, который лежит перед вами на столе. (Большинство клиентов выполнят эту просьбу так, как они поняли ее, — взяв карандаш в руку.) Но я не сказал вам взять в руку карандаш. Я сказал: "Попытайтесь взять в руку карандаш". Итак, повторяю свою просьбу: попытайтесь взять в руку карандаш. (После этого клиенты либо снова берут карандаш в руку, либо протягивают к нему руку, делают вид, что пытаются взять его в руку, но не могут взять, потому что у них не сжимаются пальцы.) Но я не просил вас протянуть руку к карандашу, а затем остановиться. Я попросил вас попытаться взять в руку карандаш. Можете ли вы выполнить мою просьбу, или это тот самый случай, когда вы можете либо взять карандаш в руку, либо не взять его? Может быть, ваше обещание "попробовать" поговорить с начальником о возможности вашего повышения в должности очень похоже на вашу попытку взять карандаш в руку?

В этот момент вы также можете напомнить своим клиентам о замечании, сделанном недооцененным ACT-терапевтом Йодой: "Нет! Никаких попыток. Делайте. Или не делайте. О попытках вообще не может быть речи!" (*Избранные, но не опубликованные цитаты Йоды.*) Точно так же, как "в бейсболе нет места слезам" [*Marshall*, 1992], в ACT нет места попыткам.

## Приверженность частичная и приверженность полная

Еще один способ, с помощью которого ваши клиенты могут стремиться избежать неудач с приверженностью, заключается в том, чтобы "делать дела лишь наполовину". В то время как структурирование целей ваших клиентов и выстраивание этих целей в определенную последовательность (о чем мы говорили выше) может показаться вам весьма разумным и полезным, это неприменимо к конкретным действиям, необходимым для достижения каждой отдельно взятой цели. Действия, направленные на достижение поставленной цели, подобны прыжку и подчиняются принципу "все или ничего". Клиент может либо попросить своего начальника о повышении в должности, либо не попросить его об этом — никакие промежуточные варианты здесь невозможны.

**Упражнение "Прыжок с высоты".** Используйте вариант упражнения "Прыжок с высоты", предложенного Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 240-241], чтобы подкрепить этот аспект действий, направленных на достижение цели.

А что если рассматривать выполнение некоего обязательства как прыжок с высоты? Такой прыжок невозможно совершить наполовину. Вы можете выбирать, с какой высоты прыгать. Можно спрыгнуть с высоты, составляющей, например, полметра, два метра или четыре метра. Можно даже совершить прыжок с парашютом с высоты 3000 метров. Допустим, вы решили заняться парашютным спортом, но когда вы поднялись в самолете на высоту 3000 метров и пришло время прыгнуть, вы почувствовали сильный испуг и решили, что для начала нужно спрыгнуть "немножко". Можете ли вы сделать такой выбор? Вы можете выбрать, с чего спрыгнуть — с самолета или с табуретки. Вы можете даже выбрать, стоит ли вам вообще прыгать, но можете ли вы спрыгнуть "немножко"? Иными словами, может ли приверженность своей цели быть реализована "наполовину" или в какой-то другой пропорции?

В дополнение, если понадобится, сравните использование постепенного продвижения к цели с прыжками с разной высоты.

Можно начать с прыжков с невысоких объектов, например с табуретки. Это можно сравнить с подачей заявления на поступление в школу. Но учеба в школе показала, что ваши интеллектуальные способности позволяют вам продолжить обучение в колледже, и вы ставите перед собой более высокую цель — получить диплом о высшем образовании. А это уже больше похоже на прыжок с парашютом с самолета. Очевидно, что это уже гораздо более серьезный прыжок, и над подготовкой к нему придется усердно поработать. Может ли прыжок с табуретки быть первым шагом в этом направлении?

## Перед кем клиент несет ответственность

Теперь обсудим последний вопрос, с которым вы можете столкнуться, когда побуждаете своих клиентов действовать согласно своим целям. С этим вопросом вы сталкиваетесь, когда у вас и/или у вашего клиента возникает непонимание относительно объекта своей ответственности, то есть, перед кем именно несет ответственность клиент. Дайте ясно понять

своим клиентам (и поймите сами), что они несут ответственность перед самими собой, а не перед терапевтом, т.е. перед вами. Поскольку ответственность — это действия, необходимые для достижения клиентом своих целей (отвечающих его ценностям), принятие мер по идентификации подлинных ценностей ваших клиентов должно минимизировать такое непонимание. При необходимости постарайтесь как можно понятнее донести эту мысль до своих клиентов, сказав им, например, что-то вроде такого: "В этом деле важно только то, что является важным для вас. Любые обязательства, которые вы взяли на себя, это ваши обязательства перед самим собой, а не перед кем-либо еще (и мной в том числе). Моя задача — помочь вам вести именно такую жизнь, которую вы желаете самому себе".

Клиенты не очень-то склонны внедрять ответственные действия в свою жизнь за пределами терапии, если они предпринимают такие действия не столько из соображений выгодности их для самих себя, сколько для того, чтобы получить ваше одобрение. Тем не менее, побуждая клиентов проговаривать свои предполагаемые действия вслух в межличностном контексте терапии, вы можете повысить вероятность того, что они будут делать то, что они обязались делать перед самими собой [*Zettle* & *Hayes,* 1983]. Однако пока ответственные действия ваших клиентов не будут надлежащим образом увязаны со словесным выражением их ценностей, не "навеянным" вашим присутствием, я рекомендую, чтобы вы настаивали на четком и внятном формулировании вашими клиентами ответственных действий, которые они намерены предпринимать.

Вполне вероятно, что ключевые ценности ряда ваших клиентов будут отражать их отношения с членами их семьи (например, "быть заботливым родителем") и друзьями (например, "быть верным другом"). Соответственно, ответственные действия, отвечающие таким ценностям, могут пойти на пользу не только самим клиентам, но и значимым фигурам в их жизни. Как бы то ни было, обязательства клиентов в этом контексте все равно нужно рассматривать как их обязательства перед самими собой, а не перед семьей или друзьями. Исключением из этого правила может быть случай, когда целью ответственного действия является получение чего-либо от других (например, когда проявление себя как заботливого сына престарелых родителей имеет своей целью

получить их одобрение). Спросите у клиента в таком случае, продолжит ли он проявлять заботу о родителях, даже если они не станут выражать одобрения его действиям. Это поможет прояснить, является ли забота о престарелых родителях обязательством клиента перед самими собой, или перед кем-то другим.

## Препятствия к совершению ответственных действий

Как я уже указывал в главе 5, препятствия к совершению ответственных действий, в более частном плане, и к психологической гибкости, в более общем плане, могут возникать в окружении клиента (сторонние барьеры) или могут быть психологическими по своей природе (психологические барьеры). Хотя мы сосредоточим свое внимание в этом разделе главным образом на совладании с экспериенциальными барьерами к совершению ответственных действий, ряд соображений будет также высказан в адрес сторонних барьеров.

### *Сторонние барьеры*

Поскольку психологические барьеры могут маскироваться под сторонние барьеры, внимательно анализируйте любые внешние обстоятельства, на которые ссылаются ваши клиенты как препятствия к совершению ответственных действий. Если, например, ваши клиенты говорят вам, что не смогли выполнить домашнее задание по скачиванию из интернета формы заявления на допуск к вступительным экзаменам в колледж, поскольку их компьютер пришел в негодность, то, по-видимому, вы имеете дело со случаем экспериенциального избегания. Они могли бы получить эту форму другим путем (например, по почте) или могли бы воспользоваться компьютером кого-либо из своих друзей. Что касается последнего варианта, то, возможно, они рассматривали его, но отвергли из-за опасения получить отказ или из-за нежелания выглядеть "попрошайками". В подобных случаях используйте приведенные ниже общие рекомендации по реагированию на психологические барьеры к совершению ответственных действий. Как альтернативный вариант,

подходите к сторонним барьерам, которые представляются вам вполне логичными и "законными", с помощью стратегий решения проблем, таких как "мозговой штурм" [*Osborn,* 1953].

## *Экспериенциальные барьеры*

В форме "Цели–действия" предусмотрены свободные поля, в которых ваши клиенты могут делать записи о любых психологических барьерах, которые им пришлось преодолевать, демонстрируя поведение, направленное на достижение поставленных ими целей, и которые помешали им демонстрировать такое поведение. Используйте информацию о любых экспериенциальных барьерах, которые были преодолены вашими клиентами при выполнении домашних заданий, чтобы направлять проактивные усилия по минимизации таких же или подобных им препятствий, возникающих на пути к другим последующим формам ответственных действий. Например, такие же опасения неудачи, беспокойство по поводу затруднений и внутренний дискомфорт, которые удалось преодолеть клиенту при выполнении одного задания, вполне могут возникнуть при попытке совершения клиентом других действий. После того как такие экспериенциальные препятствия будут выявлены, вы можете поработать совместно с клиентами над минимизацией этих препятствий, используя интервенции, которые способствуют разделению, принятию и майндфулнесс.

## **Метафора "Пассажиры в автобусе"**

Испытываемые вашими клиентами психологические реакции, которые препятствуют совершению клиентами ответственных действий, очевидно, оказываются еще более проблематичными и требуют еще более сфокусированной работы над ослаблением слияния и экспериенциального избегания. Зачастую есть возможность заблаговременно идентифицировать такие препятствия, выполнив определенную подготовительную работу. Спросите у своих клиентов, "Какого рода мысли, чувства или другие реакции возникают у вас, когда приходит время выполнять домашнее задание, которое мы с вами обсуждали? Что может помешать вам выполнить это домашнее задание?" В других случаях

экспериенциальные барьеры к совершению ответственных действий бывает не так-то легко предвидеть: они возникают и могут быть идентифицированы клиентами лишь при заполнении ими соответствующих полей в форме "Цели–Действия", когда домашнее задание не выполнено.

То, что в ACT обычно называют метафорой "Пассажиры в автобусе", представляет собой интервенцию разделения [*Hayes* et al., 1999, pp. 157-158], которая оказывается особенно полезной при анализе личных событий, которые подрывают ответственные действия. Обратитесь к клиенту примерно с такими словами.

Уподобим мысли и чувства, которые, по-видимому, препятствуют достижению ваших целей, отвечающих вашим ценностям, буйным, несговорчивым и дурно воспитанным пассажирам автобуса, который ведете вы сами. Среди них есть и приятные пассажиры, но сейчас мы поговорим о том, как вы реагируете на неприятных пассажиров, поскольку именно они создают вам серьезные проблемы. Будучи водителем автобуса, вы сами решаете, каким путем лучше всего двигаться к пункту назначения. Но когда вы направляете автобус в нужную вам сторону, это может не устраивать кого-то из пассажиров.

Вы сказали, что высоко цените образованность. Представим, что ваш автобус подъехал к дорожной развилке. Одна стрелка дорожного знака указывает налево, что означает "быть превосходно образованным", а другая стрелка указывает направо, что означает "делать что-то еще". Когда вы пытаетесь повернуть налево, среди пассажиров нарастает возмущение. Они начинают браниться, возмущаться и критиковать вас: "Почему вы повернули налево? Вы сами не знаете, что делаете! Вы плохой водитель! Вы завезете нас бог знает куда! Мы зря теряем время с вами!", и т.п. Рассмотрим варианты, которые есть в вашем распоряжении. Один вариант заключается в продолжении движения в сторону "быть превосходно образованным", но в этом случае ваши пассажиры могут решиться на самые безрассудные действия. Если уж вы решили двигаться в этом направлении, то готовы ли вы продолжать делать это в компании таких пассажиров?

Еще один вариант заключается в том, чтобы остановить автобус и попытаться "поторговаться" с пассажирами. Например, вы можете попытаться убедить их выйти из автобуса. Но вы один, а их много, и как быть,

если они скажут: “Мы не собираемся никуда выходить, и вы не можете заставить нас!”? Допустим, вы скажете, что автобус не сдвинется с места до тех пор, пока они не заткнутся и не начнут вести себя прилично. Обратите, однако, внимание на то, кто сейчас может диктовать, направитесь ли вы в ту сторону, в какую хотите направиться. А что если они не заткнутся? Готовы ли вы потратить остаток своей жизни на то, чтобы двигаться в выбранном вами направлении?

Я предлагаю в качестве последнего варианта повернуть направо — то есть, в направлении, на котором настаивают пассажиры, — вместо того чтобы двигаться в направлении, ценном для вас. Поступив так, вы, наверное, утихомирите пассажиров хотя бы на какое-то время. Но чем вы поступитесь при этом? Стоит ли то, что вы можете приобрести при этом — кратковременную передышку от неприятных вам мыслей и чувств, — движения в направлении, которое не приближает, а уводит вас в сторону от того, что вы столь высоко цените в этой жизни? Выбор за вами. Как вы намерены реагировать на пассажиров в своем автобусе?

В то время как большинство клиентов реагируют на эту метафору таким образом, что предпочитают продолжать двигаться в направлении, отвечающем их ценностям, вы, тем не менее, должны быть готовы к реагированию на клиентов, которые предпочитают другие варианты. Самое главное, это не следует считать терапевтической неудачей, если это является свободным выбором клиента, а не решением, диктуемым пассажирами автобуса, и если это воспринимается как выбор, который можно впоследствии пересмотреть. При таких обстоятельствах, как предлагали в свое время Хейс и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 260], подтвердите опыт этого клиента и посочувствуйте его нелегкому выбору, обратившись к нему примерно со следующими словами.

Если бы на вашем месте был я — то есть, если бы я вел автобус с такими пассажирами, как в вашем случае, — то смею заверить вас, я отлично понимаю всю сложность выбора, который вам пришлось делать в этот момент своей жизни. При таких обстоятельствах я, как и вы, вполне мог бы принять временное решение не продолжать движение в предпочтительном для меня направлении, т.е. в направлении, отвечающем моим ценностям. В будущем я, наверное, переменил бы свое решение и продолжил бы двигаться в направлении, отвечающем моим ценностям.

## Заключение

В этой главе я сосредоточил свое внимание на определенных центральных интервенциях в АСТ, которые вы могли бы использовать для укрепления в клиентах приверженности к их ценностям и их готовности преследовать цели, отвечающие этим ценностям. Другие связанные с этим техники, метафоры и упражнения (например, умение проводить различие между выбором и решением, о котором мы упоминали выше) мы рассмотрим в главе 9. Как и в случае с интервенциями, способствующими разделению и принятию, не рассматривайте использование техник и процедур, направленных на выработку поведения, отвечающего ценностям клиента, как единовременное событие, в какой бы конкретный момент терапевтического процесса в целом эти техники и процедуры ни были представлены вам. Даже когда продвижение действий, отвечающих ценностям, оказывается в центре внимания на ранних стадиях АСТ, вам, вероятно, понадобится применять соответствующие интервенции повторно, по мере возникновения необходимости в этом.

В частности, я рекомендую вам и вашим клиентам совместно анализировать любые важные перемены в наружных проявлениях их поведения в ходе проведения терапии (такие, как перемены в занятости, жизненных условиях, супружеских отношениях, и т.п.), рассматривая их через призму личных ценностей клиентов. Эти поведенческие изменения должны включать и такие перемены, которые могут внедряться стратегически как неотъемлемая часть всестороннего плана лечения для каждого из ваших клиентов, а также действия, которые спонтанно инициируются ими. В обеих совокупностях обстоятельств при оценивании таких перемен в поведении клиентов старайтесь находить правильный ответ на один и тот же важный вопрос: продвигает ли рассматриваемое вами поведение клиента в сторону того, что он больше всего ценит в жизни, или наоборот, отдаляет его от этих ценностей? Любое существенное — фактическое или предполагаемое — изменение в наружном поведении вашего клиента, которое отдаляет его от возможности вести жизнь согласно его собственным ценностям, указывает на то, что вам и вашему клиенту следует проводить дальнейшую работу по прояснению ценностей, постановке целей и стимулированию ответственного поведения, связанного с поставленными целями.

# ГЛАВА 8

# Интервенции, способствующие контакту с текущим моментом и *Я* как контекстом

В этой главе обсуждаются способы, с помощью которых вы можете оказывать своим клиентам поддержку в выработке у них способности осознавать каждый момент своей жизни, в то же время еще больше развивая у них трансцендентное чувство собственного *Я*. Как уже указывалось, укрепление у ваших клиентов контакта с текущим моментом и *Я* как контекстом направленно на два коренных процесса, которые вносят примерно одинаковый вклад в такие аспекты АСТ, как принятие и ответственность. Однако помимо способствования двум другим совокупностям парных коренных процессов, уже обсуждавшимся нами, — тех, которые касаются разделения и принятия, с одной стороны, и тех, которые касаются ответственности и изменения поведения, с другой стороны — у интервенций, которые способствуют жизни в текущем моменте, могут также быть более сфокусированные и стратегические применения. В частности, использование выработки и продвижения майндфулнесс как особенно эффективной стратегии в случае клиентов, которые чрезвычайно склонны к руминации [*Broderick*, 2005].

## Усиление контакта с текущим моментом

Поскольку руминация — с ее погруженностью в вызывающее сожаление прошлое и устрашающее будущее — несовместима с жизнью "здесь

и сейчас", любые усилия, направленные на укрепление контакта с текущим моментом, должны одновременно ослаблять погружение либо в вербально сконструированное прошлое, либо в такое же вербально сконструированное будущее. Следовательно, и в соответствии с "тестом на мертвеца" (см. глава 6), вашей задачей является продвижение осознания вашими клиентами текущего момента, а не просто ослабление их руминативного поведения. Простое отсутствие руминации — это не то же самое, что безоценочное осознание происходящего в настоящее время потока экспириенса, хотя чуткое восприятие окружающей действительности препятствует "зацикленности" на прошлом и/или на будущем.

## *Связь майндфулнесс с разделением и принятием*

Имея в виду тему данной главы, термины "контактирование с текущим моментом" и "майндфулнесс" мы будем использовать как синонимы, причем *майндфулнесс* определяется как "уделение внимания особенным образом: целенаправленно, в текущий момент, безоценочно" [*Kabat-Zinn,* 1994, р. 4]. Ряд ваших клиентов, возможно, слышали термин "майндфулнесс", но большинство их, скорее всего, не практиковали соответствующие формы медитации или не выполняли какие-либо другие упражнения, которые способствуют выработке контакта с текущим моментом в ощутимой степени. В той мере, в какой майндфулнесс является альтернативным способом, который ваши клиенты могут освоить, чтобы адекватно реагировать на беспокоящие мысли, чувства, телесные ощущения, образы, воспоминания, и т.п., техники, которые способствуют выработке майндфулнесс, также выполняют функцию разделения. Аналогично, ряд интервенций разделения, обсуждавшихся в главе 6, особенно "Мысли на карточках" и "Инвентаризация", также могут способствовать осознанию текущего момента.

По мнению Кабат-Зинна [*Kabat-Zinn,* 1994], майндфулнесс — это не просто процесс принудительной фиксации всех психологических событий, разворачивающихся "здесь и сейчас"; этот процесс также предполагает безоценочное реагирование на такие экспириенсы. Таким образом, между интервенциями, которые способствуют принятию (как это обсуждалось в главе 6), и интервенциями, которые вырабатывают

майндфулнесс, существует также определенный тип синергистической и взаимной связи. Например, выполнение вашими клиентами рекомендации "просто фиксировать в своем сознании" любые эмоциональные реакции и соответствующие личные события, возникающие в ходе процедуры принятия при выполнении упражнения "Посидите спокойно со своими чувствами", может также способствовать выработке безоценочного осознания таких экспириенсов у ваших клиентов. Вероятность такого способствования возрастает, если ваши клиенты могут просто признавать присутствие каких-либо мыслей оценочного типа, возникающих в связи с чувствами, которые предстоит принять клиентам (например, "Я заметил, что у меня возникла мысль о том, что депрессия ужасна"), не ввязываясь при этом в борьбу с ними. Кроме того, ваши клиенты с большей вероятностью смогут проводить различие между оценками и описаниями применительно к концептуализированному *Я* (см. глава 6), а также к другим объектам и сущностям в случае осознанного их реагирования на эти оценки и описания.

## Соображения, связанные с продвижением майндфулнесс

Подобно разделению и готовности, майндфулнесс представляет собой умелое поведение, которое можно приобретать и вырабатывать. Как и в любом другом процессе выработки, при определении того, с чего следует начать, вам было бы полезно знать, имеется ли в "репертуаре" вашего клиента соответствующая желательная реакция — пусть даже в слабой, рудиментарной форме. Как указывалось в главе 5 при оценивании сильных сторон клиента, те, у кого уже есть какой-то опыт формальных медитативных практик и/или йоги [*Kabat-Zinn*, 1990, chapter 6], особенно если этот опыт был позитивным по своей природе, будут находиться в несколько иной исходной позиции, чем клиенты, не обладающие таким опытом. В случае клиентов из первой группы ваша задача при упрочении осознания текущего момента заключается главным образом в дальнейшем укреплении, оформлении и расширении навыков майндфулнесс, которые уже присутствуют у клиентов

на каком-то уровне. В случае же клиентов из второй группы, т.е. клиентов, не обладающих таким опытом, вам придется начинать буквально "с нуля", причем такие клиенты в большей степени склонны реагировать на упражнения майндфулнесс с некоторой долей предубеждения и скептицизма — по крайней мере вначале.

Какой бы ни была ваша отправная точка при продвижении майндфулнесс у данного клиента, желательным завершающим ответом является безоценочное осознание психологических событий, которые до этого времени контролировались экспериенциально. Можете считать, что вам удалось добиться осознанного существования ваших клиентов в настоящем моменте, когда они смогут бесстрастно "просто фиксировать" в своем сознании нежелательные мысли, чувства и прочие личные события, которых они в прежнее время пытались избегать. Умение реагировать на беспокоящие психологические экспириенсы в принимающей манере, как будет показано ниже, также способствует выработке трансцендентного чувства собственного *Я* и, в более общем плане, психологической гибкости, необходимой для ведения полноценной жизни согласно собственным ценностям.

## *Типы майндфулнесс-интервенций*

Несмотря на то что разные типы и формы медитации относятся к числу наиболее распространенных способов повышения осознания текущего момента [*Kabat-Zinn,* 1990, 1994, 2005], интервенции, которые вы можете использовать для продвижения майндфулнесс, ни в коем случае не ограничиваются медитацией. Как я уже говорил, для выработки майндфулнесс вы можете также использовать ряд упражнений и техник, предназначенных для обучения разделению и готовности, например "Инвентаризация" и "Посидите спокойно со своими чувствами" (см. глава 6). Основное внимание в данной главе мы сосредоточим на практиковании упражнений и техник — включая формальные медитативные и немедитативные процедуры, — которые предназначены именно для продвижения майндфулнесс.

В то время как в АСТ предусмотрено несколько стандартных техник, ориентированных на укрепление осознания текущего момента, таких

как "Листья в ручье" [*Strosahl* et al., 2004, p. 44) и "Военные на параде" [*Hayes,* 1987, p. 367; *Hayes* et al., 1999, pp. 158–162], я рекомендую, особенно в самом начале процесса выработки майндфулнесс у ваших клиентов, дополнить их некоторыми формами медитации или других родственных интервенций, которые будут способствовать выработке майндфулнесс. На момент написания этой книги существует множество подходов, базирующихся на майндфулнесс [*Baer,* 2003, 2006] и возможных форм медитации; для выработки у клиентов контакта с текущим моментом вы можете выбрать любой из этих подходов. Например, на данный момент, задав в Википедии ключевое слово "медитация", вы получите перечень из четырнадцати разных типов медитации.

## *Рекомендации относительно выбора*

К сожалению, бывает очень нелегко отдать предпочтение какому-то одному типу медитации по сравнению с другими лишь на эмпирической основе, поскольку исследование, в котором напрямую сравнивались между собой разные способы медитации [*Fling, Thomas,* & *Gallaher,* 1981; *Valentine* & *Sweet,* 1999; *Yuille* & *Sereda,* 1980], проводилось среди людей, не страдающих психическими расстройствами. В силу концептуальных и методологических причин [*Caspi* & *Burleson,* 2005] к моменту написания этой книги в моем распоряжении не было опубликованных результатов научных исследований, в которых сравнивалось бы влияние разных типов медитации на клинически релевантное поведение [*Delmonte* & *Vincent,* 1985; *Perez-De-Albeniz* & *Holmes,* 2000]. В отсутствие обширных сравнительных эмпирических результатов, которые можно было бы использовать в качестве ориентира, медитационные упражнения и соответствующие техники, способствующие выработке у клиентов осознания текущего момента и предлагаемые мною в этой главе, представляют собой адаптации техник, разработанных Дж. Кабат-Зинном и его коллегами [*Kabat-Zinn, Lipworth,* & *Burney,* 1985; *Kabat-Zinn* et al., 1992; *Miller, Fletcher,* & *Kabat-Zinn,* 1995] и продемонстрировавших свою эффективность. Эти разнообразные формы "майндфулнесс-медитации" не только служат основой когнитивной терапии, базирующейся на майндфулнесс (MBCT; [*Segal* et al., 2002]), — и, следовательно,

получили дополнительную эмпирическую поддержку, базирующуюся на благоприятных результатах исследований этого подхода, — но были также включены в другие презентации АСТ [*Eifert* & *Forsyth*, 2005; *Hayes* & *Smith*, 2005].

Как уже было сказано мною выше, АСТ делает относительно меньший акцент на техниках усиления майндфулнесс, чем когнитивная терапия на основе осознания (КТНОО), поэтому я рекомендую вам обратиться к книге Сегала и др., посвященной этому подходу [*Segal* et al., 2002], а также к книгам Кабат-Зинна [*Kabat-Zinn*, 1990, 1994, 2005], где описаны дополнительные процедуры и упражнения, которые вы можете использовать для продвижения майндфулнесс-медитации у своих клиентов. Лучшим майндфулнесс-подходом является такой, который приносит требуемые результаты, и эти дополнительные техники, которые не освещаются в моей книге, могут оказаться полезными альтернативами в случае клиентов, которые не реагируют позитивно на техники, которые будут рассмотрены в моей книге. Кроме того, вы можете использовать и другие майндфулнесс-процедуры в качестве дополнения к тем, которые будут рассмотрены здесь.

## *Роли шейпинга и фейдинга*

Как я указывал ранее, майндфулнесс как мастерство может постепенно формироваться и укрепляться путем использования таких же процедур постепенного изменения, которые получили название шейпинга и фейдинга, которые применяются для изменения других форм инструментального поведения [*Martin* & *Pear*, 2007]. Шейпинг можно использовать для начального освоения майндфулнесс, а также для поддержания майндфулнесс на протяжении длительных периодов времени. *Шейпинг* предполагает постепенное изменение определенной реакции при практической неизменности соответствующего стимула, тогда как *фейдинг* влечет за собой постепенное изменение стимула при практической неизменности соответствующей реакции [*Martin* & *Pear*]. Используйте фейдинг для постепенного смещения фокуса (в данном случае "стимула") безоценочного осознания (в данном случае "реакции") вашего клиента с начальных сенсорных экспириенсов, обеспечиваемых внешними

источниками стимуляции, на беспокоящие мысли, чувства и другие личные события.

## Сопутствующие ошибки

При шейпинге и фейдинге часто встречаются два типа ошибок: чересчур медленный темп изменений, в результате чего клиент "залипает" на раннем этапе этого процесса и его приходится буквально "отрывать" от этого этапа, чтобы перейти к следующему этапу, или наоборот, чересчур быстрый темп изменений, в результате чего более ранние этапы "теряются" в этом процессе, а достижение конечной цели неоправданно затягивается. Из этих двух ошибок первая оказывается довольно несущественной с точки зрения продвижения майндфулнесс, поскольку весьма маловероятно, что у ваших клиентов случится "передозировка" или что они "зациклятся" на переходных формах майндфулнесс. Например, маловероятно, что большие затраты времени на тренинг и практикование майндфулнесс дыхания могли бы препятствовать переносу фокуса их внимания на нежелательные мысли и чувства. Тренинг майндфулнесс как процесс фейдинга зачастую начинается с наружного, а не внутреннего фокусирования. Осознанное дыхание является этапом на пути постепенного перехода от фокусирования на внешней стимуляции (например, прослушивании музыки) к личным событиям. Однако кажется весьма маловероятным, что вам придется беспокоиться о том, что переход к личным событиям чересчур затягивается из-за того, что слишком много времени уделяется майндфулнесс дыхания. Однако при других типах фейдинга слишком медленное продвижение по этому пути может привести к фиксации, или "залипанию" поведения на ранней стадии тренинга. Это нередко наблюдается при так называемой "зависимости от подсказок". Допустим, вы хотите, чтобы ребенок вставал на ноги по какому-либо жесту вашей руки. Для этого вы можете вначале подавать какую-то вербальную команду, намереваясь впоследствии плавно перейти от подачи вербальной команды к использованию жеста рукой. Однако если вы слишком много времени уделите подаче вербальной команды (чересчур медленное продвижение), может возникнуть зависимость поведения от подачи вербальной команды, что существенно

затруднит переход к использованию жеста рукой. Представляется маловероятным, что такое явление может создать проблемы в процессе тренинга майндфулнесс.

Больше проблем может возникнуть при слишком быстром переходе, когда вы ожидаете, что ваши клиенты начнут осознавать свои трудные личные события еще до того, как уровень их мастерства позволит им справляться с этой задачей. Следовательно, вырабатывая у своих клиентов мастерство майндфулнесс, лучше проявить терпение и продвигаться слишком медленно, чем слишком быстро. После того как ваши клиенты овладеют мастерством безоценочного присутствия "здесь и сейчас" вместе со своими нежелательными мыслями и чувствами, их навыки майндфулнесс окрепнут настолько, что их можно будет применять к достаточно широкому спектру психологических экспириенсов.

## *Логическое обоснование майндфулнесс-интервенций*

Одна из проблем, с которыми вы можете встретиться в процессе обучения ваших клиентов открытому контактированию с текущим моментом (и в процессе дальнейшего оттачивания этого мастерства в ходе выполнения клиентами соответствующих домашних заданий), заключается в том, что ваши клиенты могут пытаться использовать майндфулнесс-интервенции как некую форму экспериенциального контроля. Хотя терапевту бывает легче просто совершенствовать навыки майндфулнесс у клиентов, которые уже обладают определенным опытом использования разных типов медитации, ему иногда бывает непросто добиться от таких клиентов, чтобы они использовали эти свои навыки в манере, совместимой с АСТ. Медитация, йога и соответствующие практики зачастую предлагаются (либо в явном, либо в неявном виде) как способы снижения стресса, регулирования настроений и т.п., то есть как способы контролирования личных событий. Даже если подобные экспириенсы не представлялись вашим клиентам именно в таком свете, весьма высока вероятность того, что ваши клиенты воспринимали их как способ экспериенциального контроля.

Озабоченность, которую я выражаю здесь, оказывается, несомненно, большей в случае клиентов, которые ранее использовали медитацию

и подобные ей экспириенсы как способ контролирования нежелательных личных событий. Впрочем, эта озабоченность относится и к клиентам, у которых нет предыдущего опыта использования медитации. Такие клиенты могут рассматривать майндфулнесс-медитацию как еще один способ, с помощью которого они могут попытаться выбраться из "дыры экспериенциального контроля", в которой они безнадежно застряли, или как альтернативный способ выиграть сражение с монстром депрессии.

Приступая к майндфулнесс-интервенциям, предложите всем своим клиентам представленное ниже логическое обоснование, и будьте готовы к тому, что при необходимости вам еще не раз придется повторить его. Поскольку в этом логическом обосновании упоминается метафора "Ожесточенная борьба с монстром", вам также нужно будет ознакомить с ней своих клиентов, если они еще не знакомы с ней.

> Если вы не против, я хотел бы начать с обращения к вам с просьбой выполнить ряд упражнений, которые могут помочь вам выработать новый способ реагирования на мысли и чувства, с которыми вы пытаетесь бороться. Эти упражнения принято называть упражнениями на майндфулнесс. Многие из них мы с вами можем сначала выполнить здесь, а затем у вас будет возможность попрактиковаться в выполнении этих упражнений у себя дома, в рамках выполнения своего домашнего задания. Для начала проясним, для чего именно предназначены эти упражнения и для чего они не предназначены. Они не предназначены для избавления вас от депрессивных мыслей и чувств. Эти депрессивные мысли и чувства могут покинуть (или не покинуть) вас по мере совершенствования ваших навыков майндфулнесс, но задача майндфулнесс заключается вовсе не в этом. Эти упражнения не предназначены для того, чтобы научить вас какому-то новому и более эффективному способу победить монстра депрессии. Цель этих упражнений заключается не в том, чтобы уничтожить монстра депрессии — он может никуда не деться от вас. Скорее, нам нужно разобраться, можете ли вы выработать новой способ реагирования на монстра депрессии и сосуществования с ним. Этот новый способ не требует от вас, чтобы вы с новыми силами ухватились за канат, за другой конец которого ухватился монстр депрессии. Напротив, этот новый способ предполагает ваш уход от монстра депрессии и сосредоточение на том, что вы можете сделать для того, чтобы сделать вашу жизнь такой, какой вы хотели бы ее видеть.

Это логическое обоснование призвано не только убедить вас не использовать упражнения майндфулнесс в качестве стратегии экспериенциального контроля, но и выполнять вспомогательную функцию, подчеркивая — с точки зрения АСТ — естественные благотворные последствия усиления осознания текущего момента. Говоря по-другому, этот способ презентации майндфулнесс вашим клиентам должен снизить вероятность того, что они будут оценивать свой опыт использования майндфулнесс на основе того, в какой мере он позволяет им избавиться от нежелательных мыслей и чувств, и повысить вероятность того, что их оценка майндфулнесс будет основываться на том, в какой мере обучение майндфулнесс избавляет их от необходимости бороться с беспокоящими личными событиями. Будьте готовы к тому, что, по крайней мере вначале, вам придется поощрять готовность клиентов к выполнению упражнений майндфулнесс, используя похвалы и другие знаки одобрения. Однако в конечном счете стимулом к майндфулнесс являются его естественные благотворные последствия.

Одно потенциальное естественное благотворное последствие, которое говорит в пользу майндфулнесс, проистекает из негативного подкрепления, связанного со снижением числа нежелательных личных событий, т.е. более редким появлением депрессивных мыслей и чувств. Обратите внимание, что приведенное выше логическое обоснование четко ссылается на этот возможный исход — но для того, чтобы ослабить акцент на нем. Подчеркивание в разговоре с клиентами того обстоятельства, что цель обучения майндфулнесс заключается не в том, чтобы избавиться от нежелательных мыслей и чувств, но призвано снизить вероятность того, что клиенты будут использовать такие последствия при оценивании пользы майндфулнесс для себя. Напротив, долгосрочная цель — предоставление вашим клиентам возможности вести жизнь согласно своим ценностям — станет фактором, способствующим практикованию ими майндфулнесс. С этой точки зрения, цель данного логического обоснования заключается в том, чтобы правильно сориентировать ваших клиентов в деле освоения ими техник майндфулнесс, а также привлечь их внимание к долгосрочным, жизнеутверждающим последствиям майндфулнесс и, наоборот, отвлечь их внимание от краткосрочных последствий эксприенциального избегания.

## Постепенное осуществление майндфулнесс-интервенций

В соответствии со стратегией фейдинга (то есть, когда стимул постепенно изменяется, тогда как реакция остается практически неизменной), ознакомьте ваших клиентов с определенной последовательностью упражнений и техник продвижения майндфулнесс. Конечная цель обучения клиентов майндфулнесс заключается в том, чтобы они могли безоценочно фиксировать депрессивные личные события, над которыми они в прежнее время подолгу раздумывали или реагировали на них какими-либо другими формами экспериенциального контроля. В частности, я предлагаю ряд майндфулнесс-упражнений, выполняемых во время сессии. При выполнении этих упражнений фокус направленного осознания постепенно смещается с 1) ощущений, возникающих при пробовании, пережевывании и глотании пищи, на 2) стимуляцию, связанную с участием в рутинных, повседневных делах, затем на 3) ощущения, связанные с дыханием, и, наконец, на 4) нежелательные мысли, чувства и другие личные события.

### *Шаг 1: упражнение "Изюминка"*

Это начальное упражнение впервые обсуждалось Кабат-Зинном [*Kabat-Zinn,* 1990, pp. 27–29] как способ ознакомления с майндфулнесс-медитацией клиентов, посещающих его клинику стресса. С тех пор это упражнение было адаптировано для использования как в КТНОО [*Segal* et al., 2002, pp. 103-104), так и в ACT [*Hayes* & *Smith,* 2005, pp. 110-111]. Я рекомендую это упражнение как отправную точку для обучения майндфулнесс клиентов, у которых нет прошлого опыта использования медитации и сопутствующих практик. Вы можете отказаться от использования этого упражнения в отношении своих клиентов с такой историей, хотя никакого вреда такое упражнение им не принесет.

Хотя его обычно называют упражнением "Изюминка", для его выполнения можно использовать любые съедобные продукты, например кукурузные хлопья, орешки в шоколадной оболочке, или крекеры. В любом случае предпочтительно использовать съедобные продукты, хорошо

знакомые вашим клиентам, чтобы подчеркнуть таким образом разницу между тем, как они обычно — бездумно — поглощают их, и тем, как медленно и осознанно они едят их при выполнении этого упражнения.

Приведенные ниже инструкции были специально построены таким образом, чтобы по возможности замедлить скорость, с которой ваши клиенты обычно поедают продукт, используемый вами при выполнении данного упражнения (в данном случае изюм). Такой подход позволяет максимально сосредоточить внимание клиента на процессе поедания. Проговаривайте эти инструкции медленно, причем паузы между инструкциями должны составлять десять–пятнадцать секунд.

> Попытайтесь представить, что вы впервые в жизни видите объекты, находящиеся сейчас перед вами. Все происходит так, как если бы вы видели их впервые в жизни, как если бы они были совершенно незнакомы вам. Возьмите одну из изюминок и положите ее на свою ладонь. Присмотритесь к этой изюминке. Обратите внимание на возникающее у вас чувство любопытства, когда вы неторопливо изучаете изюминку. Приглядитесь к тому, как на ее поверхности играют светотени и как их игра приводит к тому, что какие-то участки поверхности изюминки выглядят более яркими, а другие более темными. Присмотритесь к ее морщинкам и очертаниям, к тому, что в каких-то местах поверхности образуются небольшие выпуклости, а в других — впадинки.
>
> Медленно потрите эту изюминку пальцем другой руки, обращая внимание на текстуру изюминки. Обратите внимание на ощущения в вашем пальце, а также на то, что ваш палец очень хорошо "знает", что нужно делать.
>
> Обратите внимание, в каком именно месте вашей ладони находится изюминка. Сосредоточьте внимание на ощущениях, возникающих в этом месте вашей ладони. Как вы ощущаете вес этого объекта в месте его контакта с вашей ладонью?
>
> А теперь медленно возьмите этот объект двумя пальцами другой руки. Почувствуйте его между пальцами.
>
> Медленно поднесите этот объект к носу. Понюхайте объект. Перемещайте медленно этот объект от одной ноздри к другой и обратно, глубоко вдыхая и внимательно фиксируя его запах.

> А теперь медленно поднесите этот объект ко рту. Обратите внимание на то, как ваш рот и рука “знают”, что именно им нужно делать. Слегка приоткройте рот и поместите в него изюминку, обращая внимание на ощущения, возникающие у вас во рту. Медленно пройдитесь языком по поверхности изюминки. Обратите внимание на возникающие у вас ощущения. Постарайтесь как можно точнее зафиксировать вкусовые ощущения, возникающие у вас во рту.
>
> А теперь очень медленно и осторожно прикусите этот объект, фиксируя любые изменения вкусовых ощущений во рту. Медленно пережевывайте этот объект. Почувствуйте, как контакт с языком и слюной во рту изменяет консистенцию этого объекта.
>
> Наконец, когда вы будете готовы, попробуйте медленно и осознанно проглотить пережеванную изюминку; обратите внимание на то, как она поступает в ваш желудок.

После этого выясните реакции клиента на опыт выполнения этого упражнения, попросив его дать развернутые комментарии по поводу этих реакций, но не подвергая эти комментарии дальнейшему анализу. Завершите выполнение этого упражнения, подчеркнув еще раз, что это упражнение призвано подвигнуть клиента к более осознанному отношению к тому, что происходит как внутри него, так и вокруг него, и что навыки майндфулнесс, подобно любым другим навыкам, можно и нужно поддерживать и совершенствовать путем постоянного практикования.

## Сопутствующие упражнения и домашние задания

Поскольку ваши клиенты не могут “провалить” упражнение “Изюминка”, у вас есть все основания назначить клиенту в качестве домашнего задания сопутствующие упражнения, призванные закрепить эффект, который был достигнут при выполнении упражнения “Изюминка” во время сессии. Клиенты могут использовать дневник упражнений на майндфулнесс (приложение З) для составления списка выполненных ими конкретных действий или упражнений, указания продолжительности выполнения каждого из этих действий или упражнений, а также своей реакции на их выполнение. Я рекомендую вашим клиентам выполнять по меньшей мере одно задание на майндфулнесс

каждый день до наступления следующей сессии, на которую они должны явиться с заполненным дневником. Вы должны проанализировать записи в этом дневнике совместно с клиентом, заполнявшим его.

Простейший способ структурировать это упражнение заключается в том, чтобы предложить вашим клиентам каждый день выбирать для себя по меньшей мере один вид еды или напитка, который они будут употреблять в осознанной манере. Таким выбором вполне могут быть простые продукты питания, например морковь или картофельные чипсы, или такие напитки, как вода или молоко, хотя предпочтение следует отдавать более стимулирующим продуктам питания. Например, Хейс и Смит [*Hayes* & *Smith,* 2005, pp. 111-112] рекомендуют выбирать в качестве напитка для приготовления и употребления в осознанной манере самый обычный чай. Еще одним неплохим вариантом может быть осознанное приготовление и употребление овощного супа. Хотя общее время, требующееся для выполнения любого упражнения, может оказаться весьма непродолжительным (например, от пяти до десяти минут), постарайтесь внушить своим клиентам важность медленного выполнения таких упражнений и обращения пристального внимания на экспириенсы, возникающие у клиента в это время.

Вместо осознанного принятия пищи и питья могут использоваться другие стимулирующие экспириенсы. Например, Хейс и Смит [*Hayes* & *Smith,* 2005, pp. 113-114] также рекомендуют вслушиваться в классическую музыку. Также может помогать сфокусированное прослушивание других типов музыки, особенно если есть возможность периодически переключать внимание между разными инструментами и/или голосами исполнителей (если речь идет о вокальных произведениях). Внимательное и осознанное изучение разных мазков кистью или изменений цвета, света и тона на произведениях живописи может также служить своего рода упражнением на майндфулнесс.

## *Шаг 2: осознанное выполнение повседневных дел*

Обычно вы можете приступать ко второму шагу в рассматриваемой нами последовательности упражнений на майндфулнесс уже на следующей сессии после упражнения “Изюминка” — при условии, что ваши

клиенты успешно справились со своим домашним заданием. Если нет, выполните еще одно упражнение во время сессии, воспользовавшись каким-то другим продуктом питания или напитком, и лишь после этого приступайте ко второму шагу. Как и в случае предыдущего шага, выполните вместе со своим клиентом какое-либо упражнение во время сессии, чтобы проиллюстрировать, как можно распространить майндфулнесс на выполнение повседневных дел. Желательно выбрать для этой цели занятие, более активное и требующее бо́льших усилий, чем их требует еда или питье. Желательно также, чтобы соответствующие действия выполнялись сравнительно легко при нормальной скорости.

## Упражнение "Ходьба"

Ходьба может служить хорошим примером [*Kabat-Zinn,* 1990, chapter 7] действия, в котором вы можете участвовать вместе со своим клиентом либо на открытом воздухе, либо — при неблагоприятных погодных условиях — непосредственно в помещении, где проводятся сеансы терапии.

Выполните это упражнение, обратившись к клиенту примерно с такими словами.

> Полагаю, мы готовы к тому, чтобы распространить некоторые из упражнений майндфулнесс, практиковавшиеся вами на прошедшей неделе, на другие действия, которые все мы выполняем в ходе своей повседневной деятельности. Займемся, например, ходьбой. Если вы не против, я предлагаю совершить небольшую совместную прогулку на открытом воздухе. В отличие от упражнения, которое мы выполняли на прошлой сессии, а также в отличие от упражнений, которое вы выполняли в качестве домашнего задания на прошлой неделе, в этом случае нам нет необходимости ходить медленнее, чем обычно. Двигайтесь с обычной для себя скоростью. Однако постарайтесь идти осознанно. Это означает, что вы должны полностью сосредоточить свое внимание на процессе ходьбы как таковой. Итак, приступим к ходьбе. Сосредоточьтесь на ощущениях в своих ногах и стопах. Обратите внимание на то, что ваши ноги и стопы "знают", что им нужно делать при ходьбе, и не нуждаются в каком-либо контроле или подсказках с вашей стороны. По мере совершения ими движений, которые обычно производятся ногами и стопами при ходьбе,

обращайте внимание на то, как одна стопа опускается вниз и вступает в контакт с дорожным покрытием (или полом), в то время как другая стопа поднимается. Обращайте внимание на легкое давление, ощущаемое вами в пятке при опускании стопы на дорожное покрытие. В то же время обращайте внимание на легкое давление в пальцах ноги и в передней части другой вашей стопы, когда она начинает подниматься. Также обращайте внимание на попеременные движения, совершаемые вашими ногами при ходьбе. Обращайте внимание на ощущения во всем своем теле при ходьбе. Во время ходьбы вы должны смотреть прямо перед собой, а не на свои стопы. Если вы поймали себя на том, что ваше внимание рассеивается и отвлекается на какие-то посторонние вещи, сосредоточьтесь и плавно переключите внимание на свои стопы.

Это упражнение не должно быть слишком продолжительным (вполне достаточно пяти–десяти минут). Кроме того, нет необходимости повторять эти инструкции на протяжении всей прогулки. По завершении прогулки можете провести небольшое обсуждение и анализ — подобно тому, как это рекомендовалось сделать после упражнения "Изюминка".

## Сопутствующие упражнения и домашние задания

При подготовке к домашнему заданию постарайтесь совместно со своими клиентами идентифицировать другие повседневные занятия — например, купание под душем/принятие ванны, чистка зубов, одевание/раздевание или даже выполнение рутинных повседневных обязанностей, таких как мытье посуды, уборка жилья, и т.п., — которые могут выполняться клиентом осознанно, как еще один способ усиления их ежеминутного осознания [*Kabat-Zinn*, 1990, chapter 9; *Segal* et al., 2002, p. 123]. Перечислите такие занятия в дневнике упражнений на майндфулнесс и предложите своим клиентам дополнить этот список любыми другими занятиями, которые покажутся им подходящими для практикования майндфулнесс. Выдайте клиентам задание выполнять по меньшей мере одну рутинную обязанность каждый день до момента проведения следующей сессии. Клиенты должны также записывать в дневник упражнений на майндфулнесс любые сопутствующие комментарии и возникающие у них реакции на эти занятия, выполняемые ими осознанно. Будет лучше, если ваши клиенты каждый день будут выбирать

для осознанного выполнения какое-то другое дело. Однако разнообразие в этом случае менее важно, чем ежедневное осознанное выполнение клиентом каждой из его рутинных обязанностей.

## *Шаг 3: упражнение на осознанное дыхание*

Этот следующий шаг распространяет майндфулнесс-упражнения на более формальную медитативную практику обучения ваших клиентов тому, как сосредоточивать внимание на своем собственном дыхании [*Hayes* & *Smith,* 2005, p. 118]; [*Kabat-Zinn,* 1990, chapter 3]; [*Segal* et al., 2002, pp. 150-151]. Этот конкретный этап в последовательности майндфулнесс-упражнений очень важен по нескольким причинам. Фокус ежеминутного осознания переносится с внешней стимуляции (продукты питания, а также сторонние объекты и действия) на внутреннюю стимуляцию, ассоциирующуюся с естественным, происходящим в данный момент и ритмичным дыханием тела. Поскольку дыхание, новый объект внимания, происходит непрерывно, ваши клиенты могут всегда вернуться к нему как некой точке отсчета, чтобы помочь себе перефокусироваться и сосредоточиться в те моменты, когда их внимание рассеивается.

Как и при выполнении вашими клиентами майндфулнесс-упражнений на двух предыдущих шагах, сначала предложите им попрактиковать осознанное дыхание во время сессии, обратившись к ним примерно с такими словами (причем каждая не оговоренная пауза должна длиться 15–30 секунд).

> Сейчас мы готовы распространить майндфулнесс-упражнения на фокусирование внимания на дыхании. Дыхание относится к той категории действий, которые мы выполняем непрерывно и естественно, практически никогда не задумываясь над ними. Итак, если вы готовы, я предлагаю вам закрыть глаза и в точности выполнять то, что я буду говорить вам в ходе выполнения упражнения. Прежде всего усядьтесь поудобнее. При этом вы не должны прикасаться спиной к спинке кресла; поставьте стопы ног на пол так, чтобы они прикасались к полу всей подошвой. Не ставьте нога на ногу; ваши предплечья и кисти должны покоиться на подлокотниках кресла. Обратите внимание на те части своего тела,

которые контактируют с креслом. Обратите внимание на ощущения от контакта ваших ягодиц и бедер с креслом, от соприкосновения ваших предплечий и кистей рук с подлокотниками кресла, от соприкосновения подошв ваших стоп с полом. Представьте, что вы можете войти внутрь своего тела и, взяв в руки цветной мелок, раскрасить те части своего тела, которые контактируют с креслом и полом. (*Сделайте примерно минутную паузу.*) Теперь переключите внимание и осознание на свое дыхание. Обратите внимание на то, как свободно вдыхаемый вами воздух поступает в ноздри. Почувствуйте, можете ли вы осознавать свое дыхание в тот самый момент, когда воздух поступает в ваши ноздри. (*Пауза.*) Обратите внимание на изменение ощущений в своей груди и животе во время вдоха. Обратите внимание на то, как во время вдоха ваша грудь плавно поднимается. (*Пауза.*)

Постарайтесь внимательно отслеживать весь промежуток времени, в течение которого воздух поступает в ваше тело. (*Пауза.*) Обратите внимание на момент, когда вдох заканчивается. Сосредоточьте свое осознание именно на том моменте, когда вдох заканчивается, после чего начинается процесс выдоха. Постарайтесь внимательно отслеживать весь промежуток времени начиная с этого момента и заканчивая моментом, когда он полностью выйдет из ваших ноздрей. (*Пауза.*) Сосредоточьте свое осознание на изменении ощущений в своей груди и животе во время выдоха, по мере того как ваша грудь плавно опускается в комфортное положение покоя, делая небольшую паузу перед следующим циклом дыхания. Постарайтесь заметить промежуток времени между началом каждого вдоха и завершением каждого выдоха. Обратите внимание на переходный момент — момент непосредственно перед началом следующего вдоха. (*Пауза.*)

Если в какой-то момент ваше сознание начнет рассеиваться, постарайтесь уловить этот момент и вновь сосредоточьте внимание на своем дыхании.

Это начальное упражнение, выполняемое во время сессии, не должно превышать пяти–десяти минут, поскольку такой продолжительности, как правило, бывает достаточно, чтобы ваши клиенты почувствовали разницу между фокусированием внимания на своем дыхании и нарушением дыхания автоматическими мыслями, чувствами или другими источниками отвлечения внимания. После выполнения упражнения

проанализируйте моменты, когда мнение ваших клиентов рассеивалось или отвлекалось на посторонние предметы, если они спонтанно не упоминали о таких моментах. Используйте эту возможность, чтобы поделиться своими собственными впечатлениями об этом упражнении и заверить своих клиентов, что это упражнение кажется весьма непростым всем клиентам, особенно поначалу, однако это упражнение нужно обязательно освоить. При этом обязательно подчеркните, что каждый раз, когда клиенты ловят себя на том, что их внимание рассеивается, это является для них еще одной возможностью зафиксировать этот факт, уяснить, что именно могло отвлечь их внимание, и мягко вернуть свое осознание к процессу дыхания.

## Сопутствующие упражнения и домашние задания

Возможно, еще в большей степени, чем при выполнении упражнений, связанных с первыми двумя шагами в освоении искусства майндфулнесс, подчеркните своим клиентам, что осознанное дыхание является навыком, который они могут совершенствовать в ходе дальнейшей практики. В течение недели, следующей после первого знакомства клиентов с осознанным дыханием, попросите своих клиентов практиковать это упражнение по меньшей мере дважды в день, поступательно наращивания продолжительность выполнения упражнения. Рекомендую вашим клиентам начинать в первый день с пяти минут осознанного дыхания. В каждый последующий день нужно наращивать продолжительность выполнения упражнения на две-три минуты. К следующей сессии клиент должен уметь выполнять это упражнение дважды в день, отводя на каждое его выполнение по меньшей мере пятнадцать минут. Напоминайте своим клиентам, что они должны каждый раз заполнять дневник упражнений на майндфулнесс, чтобы вы вместе с вашим клиентом могли отслеживать этот процесс шейпинга.

Поскольку многим из ваших клиентов осознанное дыхание может показаться более сложным упражнением, чем упражнения первых двух шагов, проведите с ними несколько больший объем разъяснительной работы, чтобы им было легче практиковать осознанное дыхание при выполнении своего домашнего задания. Для этого можно использовать

раздаточные материалы из приложения И. Вы можете также создать аудиозапись, которая будет руководить действиями клиентов во время выполнения этого упражнения. Аудиозаписи для практикования других форм майндфулнесс-медитации можно получить, обратившись к книге Кабат-Зинна [*Kabat-Zinn,* 1990]. В то время как раздаточные материалы и/или аудиозаписи могут быть полезны в качестве руководства к сессиям *начальной* практики, я рекомендую постепенно отказываться от их использования по мере дальнейшего освоения вашими клиентами навыков осознанного дыхания, чтобы у клиентов не выработалась зависимость от них. Ваши клиенты должны постепенно научиться дышать осознанно и гибко в разных контекстах, в которых желательно установить надежный контакт с текущим моментом. Важно, чтобы они научились делать это, не впадая в зависимость от раздаточных материалов и аудиозаписей.

## *Шаг 4: осознанное мышление и чувствование*

Последний шаг в выработке и совершенствовании навыков ваших клиентов, связанных с осознанием текущего момента, влечет за собой ослабление внимания к дыханию и усиления внимания к мыслям, чувствам и тому подобным личным событиям. При выполнении своего домашнего задания, связанного с выработкой у клиента способности к осознанному дыханию, ваших клиентов уже посещали мысли, отвлекающие их от процесса осознанного дыхания. Весьма вероятно, что многие из этих навязчивых мыслей и сопутствующих чувств были нежелательными и носили депрессивный характер. Таким образом, цель этого последнего шага, связанного с выработкой майндфулнесс и заключающегося в переключении безоценочного внимания ваших клиентов на нежелательные личные события, нельзя считать таким уж большим прорывом.

Вашей главной задачей на данном этапе является гарантирование того, что упражнения, предназначенные для обеспечения ежеминутного контакта ваших клиентов с потоком их мыслей и чувств, не вернут ваших клиентов к состоянию руминации. Это может случиться, когда ваши клиенты — поначалу, возможно, осознанно — заметят появление у себя какой-то мимолетной мысли (например, о человеке, которого они

когда-то любили), но затем увлекутся другими мыслями и чувствами, связанными с этим воспоминанием (например, начнут размышлять над тем, какую глупую ошибку они тогда совершили, почему они всегда все делают неправильно, почему они кажутся себе хроническими неудачниками, и т.п.). Чтобы минимизировать такую возможность, укажите своим клиентам, что одна какая-то мысль может вызвать целый поток сопутствующих мыслей и чувств и что задача клиента заключается в том, чтобы просто замечать этот процесс в целом, особенно реактивные оценочные мысли (например, "это нехорошее воспоминание", "я болван", и т.п.). Все нежелательные личные события являются лишь дополнительным исходным материалом для "мельницы" майндфулнесс и, при достаточной практике, цель ваших клиентов — научиться обращать безоценочное внимание даже столь неприятным личным событиям, как негативные самооценки — оказывается вполне достижимой.

Как бы, однако, вы ни старались, ваши клиенты время от времени наверняка будут отвлекаться определенными беспокоящими мыслями. Ваша цель заключается не в том, чтобы полностью устранить или предотвратить появление у клиентов таких мыслей, а в том, чтобы научить своих клиентов бесстрастно распознавать подлинную сущность оценочных и слившихся с ними мыслей, когда такие мысли возникают у них. Это поможет вашим клиентам освобождаться от этих негативных мыслей. Как и в случае дыхательного упражнения, рассматривайте отвлечение внимания своих клиентов слившимися мыслями не как собственную неудачу, а как появление у клиентов еще одной возможности отшлифовать свои навыки майндфулнесс путем перенаправления их внимания обратно на поток сознания, продолжающийся здесь и сейчас.

Как я уже упоминал в этой главе, в рамках ACT было разработано несколько упражнений, с которыми вы можете ознакомить своих клиентов на данном этапе обучения майндфулнесс, в том числе упражнение "Военные на параде" [*Hayes* et al., 1999, pp. 158–162] и упражнение "Листья в ручье" [*Strosahl* et al., 2004, p. 44]. Третьим является упражнение "Ход мысли" [*Hayes* & *Smith,* 2005, pp. 66–68]. У всех этих трех упражнений есть общий элемент, который заключается в том, что вы просите клиента отступить назад и просто замечать — с безоценочной

точки зрения — любые психологические экспириенсы, разворачивающиеся в текущий момент.

## Упражнение "Созерцание облаков"

Еще одним сопутствующим упражнением, которое понравилось некоторым из моих депрессивных клиентов, является упражнение "Созерцание облаков". Оно было впервые предложено Маршей Линехан [*Linehan*, 1993b, p. 67], и будет использовано здесь в иллюстративных целях. Вы можете поэкспериментировать со всеми четырьмя упражнениями — "Созерцание облаков" плюс те, о которых я упоминал в предыдущем абзаце — и/или описать каждое из них своим клиентам и предоставить им возможность выбрать, какое из этих упражнений они предпочитают вначале попрактиковать во время сессии, а также в качестве своего домашнего задания.

> Итак, мы уже готовы к тому, чтобы распространить нашу работу по развитию навыков майндфулнесс на самую трудную сферу — сферу наших собственных мыслей, чувств, воспоминаний, и т.п. Очень часто бывает так, что мысли и эмоции чересчур докучают нам. Однако просто наблюдать за ними, не втягиваясь в перепалку с ними, бывает весьма нелегко. Если не возражаете, мне хотелось бы ознакомить вас с новым упражнением, освоив которое, вы сможете по-новому реагировать на нежелательные для себя мысли и чувства.
>
> Закройте, пожалуйста, глаза и сосредоточьтесь. Обратите внимание на места, в которых ваше тело контактирует с креслом. Какие ощущения возникают у вас в этих местах? (*Пауза от 10 до 15 секунд.*)
>
> Сосредоточьте внимание на своем дыхании, вспомнив, как вы практиковались в этом на прошлой неделе. (*Пауза от 15 до 30 секунд.*)
>
> Теперь я хотел бы, чтобы вы переключили внимание на следование звукам моего голоса. Представьте, что сейчас теплый весенний день. Вы лежите на зеленой лужайке, глядя на медленно плывущие по небу облака. Вообразите, что каждая возникающая у вас мысль уносится прочь ее собственным облаком, медленно плывущим по небу. Понаблюдайте за тем, как каждая возникающая у вас мысль, медленно и без каких-либо усилий с вашей стороны, уплывает по небу верхом на своем собственном

облаке. Как только облако уносит вашу мысль, вслед за ним появляется другое облако, которое уносит вашу следующую мысль.

Вы просто лежите на спине и наблюдаете за тем, как ваши мысли, одна за другой, уплывают вдаль. Если в какой-то момент вы отвлечетесь чем-то, — если, например, вам покажется, что вы лежите не на лужайке, а на самих облаках или где-нибудь еще — попытайтесь немного "сдать назад" и вспомнить, что вы делали до того, как произошла эта перемена. Затем переключите внимание на свое дыхание, и когда будете готовы, вернитесь на лужайку и продолжайте наблюдать за тем, как ваши мысли уплывают вдаль вместе с облаками. Просто лежите на спине и наблюдайте медленное уплывание своих мыслей, одной за другой. В какой-то момент вам может показаться, что вы занимаетесь какой-то ерундой или что вам не нравятся какие-то из появляющихся у вас мыслей. В таком случае посмотрите, нельзя ли усадить каждую из таких мыслей на свое собственное облако и предоставить им возможность уплыть куда-нибудь подальше от вас.

Завершите это упражнение через пять–десять минут, после чего проанализируйте реакции своего клиента на это упражнение и опыт, полученный им в результате его выполнения. При необходимости подчеркните еще раз невозможность "провала" клиентом этого упражнения, заодно попросив его рассказать о случаях неудачного выполнения этого упражнения, если ему что-то известно о таких случаях. Используйте такие моменты не только для того, чтобы еще раз указать клиенту на разницу между осознанным реагированием на мысли и реагированием как следствием слияния, но и для того, чтобы выявить особенно неприятные личные события, с которыми, в случае необходимости, можно разобраться, выполнив соответствующую работу по разделению и принятию.

## Сопутствующие упражнения и домашние задания

Домашние задания на этом шаге выполняются параллельно с теми, которые связаны с осознанным дыханием. Они призваны помочь вашим клиентам оставаться на более длительные промежутки времени с мыслями, которые возникают у них в настоящий момент, а также облегчить перенос фокуса осознания с менее беспокоящих мыслей, воспоминаний, и т.п. на более беспокоящие личные события. Предоставьте своим

клиентам раздаточные материалы (приложение Й) и/или аудиозаписи, которые помогут им выполнить домашние задания. Попросите их придерживаться графика, согласно которому одно из упражнений поначалу выполняется как минимум пять минут дважды в день. Также попросите своих клиентов использовать Форму упражнения на майндфулнесс для документирования того, как они справляются с наращиванием продолжительности выполнения этих упражнений на две-три минуты каждый день. Цель, как и прежде, заключается в том, чтобы к следующей сессии продолжительность выполнения этих упражнений достигла хотя бы пятнадцати минут (дважды в день).

Многие автоматические мысли и сопутствующие личные события (возможно, даже большинство их), которые будут осознанно возникать у ваших клиентов при выполнении домашних заданий (упражнений), являются автоматическими мыслями и личными событиями, от которых клиенты ранее искали экспериенциального бегства и избегания. В ходе анализа домашних заданий, выполненных вашими клиентами, постарайтесь как можно точнее определить, в какой мере это имело место. Такой анализ поможет вам завершить процесс фейдинга путем стратегического переноса фокуса осознания на эти конкретные психологические экспириенсы. На данном этапе вам следует побуждать своих клиентов, в рамках выполнения их текущих домашних заданий, к избирательному выполнению любого из четырех указанных упражнений — "Военные на параде", "Листья в ручье", "Наблюдение за ходом мысли" или "Созерцание облаков", — которое кажется им самым полезным. Эти упражнения им следует выполнять каждый раз, когда они ловят себя на том, что пытаются бороться с мыслями, чувствами и другими личными событиями. Не менее важно побуждать клиентов к использованию полученных ими навыков майндфулнесс в критические моменты во время сессии, когда их начинают одолевать депрессивные мысли и чувства.

## *Последовательное освоение майндфулнесс-упражнений: резюме*

Последовательное освоение майндфулнесс-упражнений, описанное мною выше, должно развертываться на протяжении четырех сеансов

терапии (по одному сеансу в неделю). Однако такого графика строго придерживаться не обязательно: эти временные рамки можно сдвигать и раздвигать в зависимости от конкретных потребностей ваших клиентов. Например, вы можете объединять шаги 1 и 2, а также шаги 3 и 4, чтобы клиенты, уже обладающие какими-то навыками медитации, могли освоить эту последовательность обучения майндфулнесс в течение двух недель; в этом случае вы даже можете вообще отказаться от выполнения первых двух или трех шагов. Если вы работаете с клиентами, особенно склонными к руминации, то вам, возможно, придется проходить эти шаги медленнее, чем рекомендовано мною. В любом случае график, которого вы будете придерживаться, должен определяться не вашим волевым решением, а тем, как на эти упражнения будут реагировать ваши клиенты.

## Продвижение *Я* как контекста

Поскольку разные интервенции взаимно дополняют друг друга, вы можете презентовать конкретные интервенции, способствующие осознанию текущего момента, до, после или во время освоения клиентами упражнений и техник, предусмотренных в ACT и предназначенных для выработки у клиентов трансцендентного ощущения собственного *Я*. Однако было бы целесообразно сначала поработать с клиентами над освоением майндфулнесс, поскольку многие из этих упражнений также косвенно способствуют *Я* как контексту. Именно поэтому все майндфулнесс-упражнения, независимо от того, на чем конкретно сфокусировано их внимание, предоставляют вашим клиентам возможность многократно рассматривать свои экспириенсы под одним и тем же, неизменным углом зрения. Например, укажите своим клиентам, что определенная часть их собственного *Я* (а именно "наблюдающее *Я*") замечает, как их мысли плавают, подобно листьям в ручье, и что упражнения, которые им предстоит вскоре выполнить, призваны усилить эту экспериенциальную выгодную позицию.

> Итак, вы уже обладаете немалым практическим опытом безоценочной фиксации в сознании своего ежеминутного опыта. Обратите также внимание: чтобы приобрести такой навык, определенная часть вашего *Я*

должна уметь наблюдать за всеми вашими текущими мыслями и чувствами как бы со стороны. Итак, если у вас есть какие-то мысли и чувства, значит должна быть какая-то часть вашего *Я*, которая не является просто вашими мыслями и чувствами. Если вы не возражаете, мне хотелось бы, чтобы мы вместе разобрались, можно ли найти какое-то место, с которого вы могли бы спокойно, уверенно и отстраненно наблюдать за своими мыслями, чувствами и прочими впечатлениями, которые неприятны вам и мешают вам жить. Подобно упражнениям на майндфулнесс, наши последующие действия не предназначены для того, чтобы расправиться с вашим монстром депрессии. Скорее, цель заключается в том, чтобы посмотреть, можно ли найти какое-то место, в котором вы могли бы позиционировать себя по отношению к монстру депрессии таким образом, чтобы ведение вами полноценной и осмысленной жизни не нарушалось постоянным перетягиванием каната с монстром депрессии. Готовы ли вы решить эту проблему вместе со мной?

## *Связь Я как контекста с ценностями и ответственными действиями*

С клинической (хотя и не с научной) точки зрения, было бы полезно рассматривать ценности, которых придерживаются ваши клиенты, а также преследование ими соответствующих целей как свободно выбранные ими действия. Однако с точки зрения ACT, свободный выбор возможен лишь с позиции неизменного ощущения собственного *Я,* т.е. чувства собственного *Я*, которое остается постоянным. Альтернативой является потенциальная возможность совершать действия, направленные на изменение жизни и определяемые мыслями, чувствами и другими "пассажирами автобуса", а не свободно выбираемые вашим ("водителя автобуса") собственным *Я* как контекстом.

В то время как интервенции, которые продвигают трансцендентное ощущение собственного *Я*, по-видимому, также вносят определенный вклад в продвижение разделения и принятия, роль, которую они играют в поддержании ответственных действий и изменении поведения, может быть более очевидной, но тем не менее заслуживающей упоминания. В случае успешного их применения, процедуры в ACT, которые поддерживают *Я* как контекст, помогают освободить ваших клиентов

от гнетущей тяжести мыслей и чувств, с которыми им приходится бороться. Разработана совокупность интервенций, которые можно использовать для этой цели [*Strosahl* et al., 2004, table 2.5]. Из-за ограниченного объема этой книги, мы рассмотрим подробно лишь две такие интервенции: метафору "Шахматная доска" и упражнение "Наблюдатель". Другие интервенции будут обсуждаться в надлежащих местах следующей главы.

## *Метафора "Шахматная доска"*

Эта интервенция была впервые представлена Хейсом [*Hayes,* 1987, pp. 359-360] и изложена здесь в несколько видоизмененном виде, чтобы она в большей степени отвечала потребностям клиентов, страдающим депрессией. Цель этой метафоры, а также других метафор, тесно связанных с ней, например метафоры "Мебель в доме" [*Strosahl* et al., 2004, p. 46], заключается в том, чтобы научить ваших клиентов проводить различие между сознанием как непрерывным процессом или точкой зрения, и контентом сознания.

Эта метафора сама по себе не нуждается в пространных объяснениях и может быть представлена клиентам примерно так, как изложено ниже.

> Не знаю, увлекались ли вы когда-либо шахматами, но даже если не увлекались, но наверняка знаете, что шахматная партия в чем-то похожа на сражение между двумя маленькими армиями — "белыми" и "черными". Цель белых фигур — убрать с доски черные фигуры, а цель черных фигур — разбить армию "белых". Вообразите огромную шахматную доску, бесконечно простирающуюся во все стороны. На этой шахматной доске расставлены многие сотни, если не тысячи, черных и белых фигур — гораздо больше, чем в обычных шахматах. Белые фигуры "тусуются" и сколачивают отряды, готовые вступить в сражение с черными фигурами, которые, в свою очередь, сбиваются в стаи, готовые противостоять натиску "белых".
>
> Представьте свои мысли, чувства, воспоминания и убеждения в виде фигур на шахматной доске. Какие-то из ваших мыслей, чувств или воспоминаний могут нравиться вам (возможно, вы даже гордитесь ими). Подобно белым фигурам, объединяющимся в своем противостоянии с черными фигурами, вам могут, например, быть приятны мысли и чувства,

связанные с определенными воспоминаниями, которые накопились у вас. Однако на этой доске есть немало черных фигур, которые олицетворяют ваши депрессивные мысли (например, "моя жизнь — бессмысленная и безнадежная суета") и негативные представления о самом себе (например, "я непроходимый тупица, которого никто не любит"). Разумеется, вы хотели бы, чтобы этих черных фигур вообще не было на доске. Напоминаю, что смысл шахматной игры заключается в том, что армии "белых" и "черных" вступают в сражение друг с другом, причем эта битва ведется не на жизнь, а на смерть. Более того, может показаться, что они вообще неспособны к мирному сосуществованию. Одна белая фигура утверждает, что с вами все в порядке, тогда как противоположная ей черная фигура утверждает совершенно обратное. Поскольку мирное сосуществование между "белыми" и "черными" невозможно, борьба между ними ведется до полной победы одних над другими. А теперь ответьте — можете не говорить это вслух, но главное, чтобы вы были до конца честны с самим собой, — не поддерживаете ли вы (может быть, подсознательно) какую-то одну из этих сражающихся сторон.

Похоже, что победа "белых" над "черными" настолько важна для вас, меня и практически всех людей, что нам самим хочется стать одной из таких белых фигур, вскочить на белого коня и лично повести в бой белое воинство против черных полчищ сомнений в собственных силах, чувств собственной беспомощности и депрессии.

Попытайтесь представить, что произойдет после того, как вы окажетесь одной из таких белых фигур на шахматной доске. Не покажутся ли вам черные фигуры еще более внушительными и устрашающими или, напротив, вы перестанете испытывать страх перед ними?

К тому же, не забывайте о бесконечных размерах этой шахматной доски. Есть ли у вас шансы, как бы вы ни старались, раз и навсегда избавиться от всех черных фигур, столь нежелательных для вас? Или какие-то из них все же останутся на этой шахматной доске — возможно, в каком-то другом ее месте? Удавалось ли вам раз и навсегда избавиться от какого-то неприятного и нежелательного для себя воспоминания? Я не призываю вас верить тому, что я сейчас говорю, но прошу вас проанализировать, что говорит вам ваш собственный опыт борьбы с депрессией по поводу того, о чем мы с вами сейчас разговариваем. В какой мере ваша борьба с депрессией похожа на ведение войны, в которой у вас нет возможности одержать победу?

Примерно в этот момент должен произойти переход от вашего монолога к диалогу между вами и клиентом, посвященному размышлению о чувстве собственного *Я* как точке зрения.

*Терапевт.* В этой метафоре было сказано, что ваши мысли и чувства подобны фигурам на шахматной доске. А кем являетесь вы?

*Клиент.* В смысле, какой *фигурой*?

*Терапевт.* Как фигуры могут быть и вашими мыслями и чувствами, с одной стороны, *и* вами, с другой стороны? У вас есть мысли и чувства, подобно тому, как у вас есть автомобиль, но является ли автомобиль *вами*? Так кем же вы являетесь в этом примере?

*Клиент.* Игроком?

*Терапевт.* Мы уже говорили о том, как вы пытались быть игроком и что происходит, когда вы пытаетесь передвигать фигуры на доске. Предположим, вы можете быть чем-то еще, помимо того, что вы можете быть игроком. Что еще остается в вашем распоряжении?

*Клиент.* Доска?

*Терапевт.* Вам кажется более разумным представлять себя как доску, чем как игрока? Заметьте, что без доски эти фигуры не могут функционировать как шахматные фигуры. Доска является полем, на котором действуют шахматные фигуры, и служит контекстом, в котором эти фигуры могут функционировать как шахматные фигуры. Пускай этот вопрос покажется вам странным, но существуют ли ваши мысли без вас? Существуют ли они где-то еще, когда вы не "думаете" их?

*Клиент.* Наверное, не существуют.

*Терапевт.* Конечно, этого нельзя утверждать наверняка, но у нас нет оснований полагать, что наши мысли могут существовать где-то помимо нас. Заметьте, что если вы — шахматная доска, то вы можете наблюдать за битвой, разворачивающейся между фигурами, не будучи ее частью. Но если вы считаете себя

игроком, то это невозможно. Вы не можете просто наблюдать за сражением, поскольку вы являетесь его частью, и все выглядит так, как если бы сама ваша жизнь зависела от того, какая сторона окажется победителем. Мы сказали, что вы как доска можете быть носителем фигур, не будучи при этом заинтересованным в победе какой-то конкретной стороны, поскольку для доски это не имеет никакого значения. Мне также хотелось бы, чтобы вы рассмотрели еще одно действие, которое может совершать доска, а именно: двигаться дальше, выбирая направление, в котором вы как доска желаете двигаться дальше, вместе со всеми фигурами — как белыми, так и черными. Несмотря на то что эта метафора описывается здесь как такая, которая главным образом продвигает *Я* как контекст, я надеюсь, читателям должно быть очевидно, что наряду с этим она поддерживает разделение (уподобляя мысли сторонним объектам) и ответственные действия (подчеркивая способность шахматной доски двигаться в выбранном направлении). Соответственно, она потенциально способна оказывать одновременное влияние на аспекты принятия и ответственности в АСТ. Вам нет необходимости испытывать эту метафору в действии сразу же после представления ее клиентам. Однако бывает полезно почаще возвращаться к ней в другие моменты терапии — особенно в критические моменты, когда у вас складывается впечатление, что клиент "залипает" или пребывает в растерянности (например, "Каким образом вы реагируете сейчас на фигуры на своей шахматной доске: как шахматная доска или как игрок?").

## *Упражнение "Наблюдатель"*

Эта интервенция обычно следует после презентации метафоры "Шахматная доска". Вы, конечно, можете изменить эту последовательность на обратную, но упражнение "Наблюдатель" занимает значительно больше времени, чем метафора "Шахматная доска", и, как правило, вызывает более интенсивные и мощные эмоциональные реакции со

стороны клиентов. Поэтому я рекомендую вам использовать метафору "Шахматная доска" в качестве "разминки" перед выполнением упражнения "Наблюдатель".

Эта процедура восходит к "упражнению на дезидентификацию", первоначально разработанному Ассаджиоли [*Assagioli*, 1965, pp. 116–119] как составная часть психосинтеза. Это упражнение было впервые адаптировано к применению в АСТ Хейсом [*Hayes*, 1987, pp. 360-361], а впоследствии несколько расширено [*Hayes* et al., 1999, pp. 193–195]. Подобно метафоре "Шахматная доска", версия упражнения "Наблюдатель", представленная здесь, была слегка модифицирована, чтобы обеспечить ее бóльшую восприимчивость к опыту клиентов, страдающих депрессией. В частности, я нахожу полезным во время выполнения этого упражнения просить клиентов вспомнить период в своей жизни (возможно, детские годы), когда они не страдали депрессией. Это не только подчеркивает непрерывность собственного *Я* как контекста и его способность выйти за пределы депрессии, но и позволяет клиенту уяснить, что то же самое *Я*, которое присутствовало тогда, присутствует и сейчас.

Конечно, вполне возможно, что кто-то из ваших клиентов скажет, что не может вспомнить какой-либо момент в своей жизни, когда он не испытывал депрессии. В таком случае все же попросите его вспомнить более ранние события в его жизни, не подчеркивая условие отсутствия у клиента депрессии в то время. На данном этапе весьма вероятно, что вы уже располагаете информацией о наличии или отсутствии у клиента депрессии в то время из его описания собственной жизненной истории. В противном случае, прежде чем ознакомить клиента с этим упражнением, попросите его прояснить хронологию своего опыта существования в депрессивном состоянии.

Ниже показано, как это упражнение можно описать клиенту (взрослой женщине), которая сообщает, что страдает депрессией еще с подросткового возраста, однако в детские годы депрессией не страдала. Поскольку некоторые клиенты могут ошибочно воспринимать это упражнение как сеанс гипноза, с самого начала разъясните им эту ошибку и получите разрешение на их участие в этом упражнении; лишь после этого приступайте к выполнению упражнения.

Если вы не возражаете, я хотел бы, чтобы вы поучаствовали в упражнении, которое поможет вам уяснить разницу между вами как шахматной доской и вашими мыслями и чувствами как шахматными фигурами (мы уже обсуждали это при вашем ознакомлении с метафорой "Шахматная доска"). Это упражнение не предназначено для того, чтобы создать или поставить на шахматную доску какие-то новые фигуры. Скорее, оно поможет нам понять, можно ли найти какое-то место, с которого вам как шахматной доске, возможно, будет несколько легче увидеть все накопленные вами шахматные фигуры. Во время выполнения этого упражнения я попрошу вас закрыть глаза и исполнять мои голосовые инструкции, по мере того как я буду просить вас нарисовать в своем воображении какие-то из своих жизненных впечатлений и поразмышлять над ними. Однако это не будет сеансом гипноза, и вы можете в любой момент прервать выполнение этого упражнения. Появились ли у вас какие-то вопросы относительно того, что я рассказал вам?

Если вы готовы участвовать в этом упражнении, закройте глаза и устройтесь поудобнее в кресле. Держите спину прямо, не касаясь спинки кресла, не скрещивайте ноги, поставьте стопы всей их площадью на пол, а локтями и предплечьями свободно опирайтесь на подлокотники кресла. Постарайтесь сосредоточиться на ощущениях, возникающих в тех частях вашего тела, которые контактируют с креслом. Теперь приступайте к осознанным и спокойным вдохам и выдохам. (*Пауза продолжительностью от 15 до 30 секунд.*)

Теперь сосредоточьтесь на моем голосе. Если вы замечаете, что во время выполнения упражнения вы начинаете отвлекаться на какие-то посторонние предметы, постарайтесь мягко вернуться к звукам моего голоса. Постарайтесь сосредоточить внимание на самой себе в этой комнате. Нарисуйте перед своим внутренним взором эту комнату, нарисуйте свое кресло и его положение относительно всего остального, что находится в этой комнате, нарисуйте себя сидящей в этом кресле. Обратите внимание, как вы сидите в кресле. Прислушайтесь к ощущениям в тех частях своего тела, которые соприкасаются с креслом. Представьте, что можете взять в руку цветной мелок и раскрасить те точки своего тела, в которых вы ощущаете контакт с креслом. Обратите внимание на любые другие телесные ощущения. (*Пауза продолжительностью от 10 до 15 секунд.*)

Кроме того, обращайте внимание на любые возникающие у вас мысли. Просто фиксируйте факт появления каждой мысли. Теперь обратите

внимание на возникающие у вас эмоции и просто понаблюдайте за ними в течение нескольких секунд. (*Пауза продолжительностью от 10 до 15 секунд.*)

Теперь я хочу, чтобы вы поняли, можете ли вы заметить еще кое-что так же, как вы замечали ощущения в своем теле и наблюдали свои мысли и чувства; я хочу, чтобы вы заметили ту часть себя, которая замечала ваши ощущения в своем теле и наблюдала ваши мысли и чувства. Вы замечали ощущения в своем теле, свои мысли и свои эмоциональные чувства. Назовем ту часть вас, которая замечает все это, "наблюдающее вы". В более глубоком смысле, это "наблюдающее вы" является тем самым "вы", которое вы называете "собой". Вы были собой всю свою жизнь. То же самое "вы", которое здесь и прямо сейчас скрывается где-то за вашими глазами, замечая все, что я говорю, является тем самым "вы", которое всегда было вами, когда вы были собой. Я не призываю вас верить тому, что я говорю; я призываю вас просто видеть, как то, что я говорю, полностью соответствует вашему собственному опыту "бытия собой".

Проанализируем это подробнее. Я хочу, чтобы вы вспомнили что-нибудь такое, что случилось в прошлом году примерно в это самое время. Вам не нужно рассказывать мне вслух все это, но когда вы вспомните что-то такое, просто поднимите указательный палец правой руки. (*Выдерживайте паузу до тех пор, пока клиент не поднимет указательный палец правой руки.*) Очень хорошо. Теперь я хотел бы, чтобы вы, не открывая глаза, обратили свой мысленный взор на то, что происходило тогда. Обратите внимание, где вы тогда находились и кто еще был рядом с вами. Вспомните, о чем вы тогда думали и что чувствовали. Обратите внимание на окружавшую вас обстановку и звуки вокруг вас. Вспоминая все это, обратите внимание, что в то время там были вы — та часть вас, которую мы называем "наблюдающее вы". Вы есть здесь сейчас и вы были там тогда. Постарайтесь уловить — хотя бы на мгновение — принципиальную неразрывность между вами, которая находилась там в прошлом году, и вами, которая находится здесь сейчас. Постарайтесь почувствовать и понять, что вы были собой всю свою жизнь и что, как бы ни изменилась ваша жизнь за все эти годы, вы, которую вы называете собой, остаетесь все той же собой.

Перенесемся мысленно в какое-то другое время вашей жизни. Сейчас я хочу, чтобы вы вспомнили что-нибудь из того периода вашей жизни, когда вы были подростком. Как и прежде, поднимите палец, когда вам

придет что-нибудь на ум. (*Выдерживайте паузу до тех пор, пока клиент не поднимет палец.*) Очень хорошо. А теперь вспомните, что тогда происходило, где вы были, что делали, и кто еще был рядом с вами. Обратите внимание на окружавшую вас обстановку и звуки вокруг вас. Попытайтесь вспомнить, о чем вы думали и что чувствовали в то время. Вспоминая, как выглядел окружающий мир, который вы видели тогда, обратите внимание, что тот подросток, который тогда скрывался за вашими глазами, взирая на окружающий мир, является тем самым человеком, который сейчас сидит напротив меня в этой комнате. Вы были там подростком и вы находитесь здесь сейчас. Вы были собой всю свою жизнь. Даже если вы не можете поверить мне на слово, вы наверняка можете почувствовать неизменность того, что мы называем "наблюдающее вы".

Перенесемся в еще более ранний период вашей жизни — время, когда, по вашим собственным словам, вы не страдали депрессией и не были отягощены беспокойством и тревогами, которые появились у вас во взрослом возрасте. Мне хотелось бы, чтобы вы вспомнили более беззаботное время, когда вы были ребенком, скажем, семи или восьми лет, когда жизнь казалась вам совершенно не такой, какой она представляется вам сейчас. Мне хотелось бы, чтобы вы вспомнили какое-нибудь приятное, счастливое событие из своего детства — возможно, свой день рождения или какой-нибудь праздник. Сосредоточьтесь и, как и прежде, поднимите палец, когда нарисуете в своем воображении такое событие. (*Выдерживайте паузу до тех пор, пока клиент не поднимет палец.*) Очень хорошо. А теперь зафиксируйте в своем сознании, где вы были тогда, чем занимались и кто еще, кроме вас, был там. Обратите внимание на окружавшую вас обстановку и звуки вокруг вас. Попытайтесь вспомнить, о чем вы, будучи ребенком, думали и что чувствовали в то время. Фиксируя все это в своем сознании, обратите внимание — хотя бы на несколько мгновений, — что тот же самый беззаботный ребенок, который пребывал в той ситуации в то время, сейчас сидит в этой комнате напротив меня. Вы были собой всю свою жизнь. Прислушайтесь на минутку к своему опыту и подумайте, не тот ли это случай, когда та же самая личность, которая осознает то, что осознаете вы, и которая находится сейчас здесь, находилась в то время там.

Везде, где вам приходилось бывать в течение своей жизни, и в каждое мгновение своей жизни вы что-то замечали, что-то фиксировали в своем

сознании. Именно это мы подразумеваем под термином “наблюдающее вы”. Взглянем с этой точки зрения на некоторые другие сферы жизни и аспекты своего жизненного опыта. Начнем с вашего тела. Обратите внимание на то, что ваше тело пребывает в постоянном изменении. Иногда оно кажется вам уставшим, тогда как в другие времена — полным энергии. Иногда оно болеет, а иногда кажется совершенно здоровым; иногда оно слабое, а иногда — сильное. Подумайте над изменениями, которые постоянно претерпевает ваше тело. В младенческом и детском возрасте ваше тело было гораздо меньшим, чем сейчас. С тех пор ваше тело стало гораздо выше. С годами вес вашего тела мог увеличиваться или, наоборот, снижаться. Вы могли перенести какие-то хирургические операции, в результате которых вы лишились каких-то частей своего тела или, наоборот, вам могли пересадить или имплантировать какие-то органы. У вашего тела появляются и исчезают те или иные ощущения. Клетки вашего тела отмирают и постоянно заменяются другими клетками, в результате чего ваше тело в данный момент времени не является тем же самым телом, каким вы обладали в начале выполнения этого упражнения. Что это должно означать для вас — если то “вы”, которое вы называете “собой”, то есть “наблюдающее вы”, не изменилось, но ваше тело изменилось, — так это прежде всего то, что, хотя у вас есть тело, вы не воспринимаете себя лишь как свое тело. Сосредоточьтесь на несколько мгновений на ощущениях в своем теле, обращая при этом внимание на то, что именно вы — а не кто-то другой — замечаете эти ощущения. (*Пауза.*)

Перейдем к другому аспекту вашей жизни: вашим ролям. Обратите внимание на то, как много ролей вы исполняете в своей жизни. В детстве вы были чьим-то другом и товарищем по совместным играм. Когда вы пошли в школу, вы выступали в роли ученика. Обратите внимание на то, как много ролей вы исполняете сейчас и как эти роли постоянно меняются. Иногда вы выступаете в роли жены, иногда — матери, дочери, сестры, кузины, тети или бабушки (при необходимости можете указать какие-то другие “родственные роли”). Иногда вы выступаете в роли лидера, а в других случаях — в роли ведомого. Вы всегда выступаете в той или иной роли; например, сейчас вы выступаете в роли моего клиента. Но в каких бы ролях вы ни выступали, та ваша часть, которую мы называем “наблюдающее вы”, остается неизменной. Поэтому, если роли, которые вы исполняете, постоянно изменяются, но “наблюдающее вы” остается неизменным, это должно означать, что, в то время, когда вы

исполняете те или иные роли, вы не воспринимаете себя как исполнителя этих разных ролей. Опять-таки, можете не верить этому, но просто посмотрите, как то, что говорится, сказывается на вашем восприятии себя. Попытайтесь осознать разницу между тем, на что вы смотрите, и собой, которая смотрит.

Теперь переместимся в другую сферу — сферу ваших эмоций. Обратите внимание на то, как ваши эмоции пребывают в постоянном изменении. Иногда вы спокойны, иногда — напряжены. Иногда вы разгневаны, иногда — расслаблены. Иногда вы испытываете чувство любви, иногда — чувство ненависти. Обратите внимание на эмоции, испытываемые вами в данную минуту. Подумайте о том, как ваши эмоции изменялись в течение вашей жизни — как то, что пугало вас в детстве, не страшит вас сейчас, и как то, к чему вы были равнодушны в детстве, беспокоит вас сейчас. Обратите внимание на то, как то, что вам когда-то так нравилось, сейчас не вызывает у вас интереса, и как то, что так нравится вам сейчас, было когда-то совершенно безразлично для вас. Едва ли не единственным, что вы можете утверждать со всей определенностью относительно своих эмоций, является то, что они изменялись и будут изменяться: одни чувства приходят и уходят, а на смену им являются новые чувства. Но какими бы изменчивыми ни были ваши эмоции, вы остаетесь сами собой. Та же самая вы, которая в детстве боялась темноты, во взрослом возрасте боится чего-то другого. Таким образом, несмотря на наличие у себя изменчивых эмоций, вы не отождествляете себя со своими эмоциями, не воспринимаете себя как совокупность своих эмоций. Какое-то отдельно взятое чувство не может длиться вечно, но та ваша часть, которую мы называем «наблюдающее вы», остается неизменной. Вы остаетесь собой всю свою жизнь, испытывая время от времени те или иные чувства и эмоции, которые приходят к вам и покидают вас. Сосредоточьтесь на несколько мгновений, чтобы зафиксировать чувства, испытываемые вами в данный момент, обращая внимание на то, кто именно фиксирует эти чувства. (*Пауза продолжительностью от 10 до 15 секунд.*)

А теперь перейдем к самой, наверное, трудной сфере вашего опыта — вашим собственным мыслям. Мысли — особенно непростая и коварная штука, поскольку они легко склоняют нас к ведению внутреннего диалога с ними. Когда это происходит, мы отвлекаемся от своей роли "наблюдающее вы" и погружаемся в мир "верю/не верю". Если это

происходит с вами во время выполнения данного упражнения, попытайтесь поймать себя на этом и мягко вернуться к звукам моего голоса. Обратите внимание на то, как постоянно изменяются ваши мысли — как то, о чем вы думаете в тот момент, когда я говорю, может не совпадать с тем, о чем вы думали лишь мгновение тому назад. Мысли возникают почти автоматически, словно из ниоткуда. Иногда может казаться, что в них есть какой-то смысл, а в других случаях они лишены какого бы то ни было смысла. Обратите внимание на то, как ваши мысли изменялись лишь за время вашего пребывания на нынешней сессии. Представьте, насколько поменялись ваши мысли в течение всей вашей жизни. В детстве вы верили во что-то, например в Санта Клауса или добрых фей. Во взрослом возрасте вы, конечно, уже не верите в эти сказки. С другой стороны, многие ваши нынешние мысли и убеждения были совершенно неизвестны вам в детстве. Многое из того, о чем вы не имели ни малейшего представления в детстве, досконально известно вам сейчас. Иногда вы можете думать о чем-то по-одному, а буквально через несколько мгновений думать о том же самом уже по-другому. Обращайте внимание на все свои мысли о себе. Иногда вы гордитесь собой, а в других случаях бываете слишком критичны по отношению к себе. Постарайтесь понять, что та часть вас, которая пропустила через себя все эти разные мысли, осталась неизменной. Та часть вас, у которой появляются какие-то мысли сегодня, остается такой же самой, какой она была, когда у вас были какие-то мысли в прошлом году и когда у вас были какие-то мысли в детстве. Таким образом, несмотря на то что ваши мысли постоянно меняются и находятся в непрерывном движении, та часть вас, которая знает, о чем вы думаете, остается неизменной. У вас есть мысли, но вы не тождественны своим мыслям. Опять-таки, можете не верить этому. Это вообще не вопрос веры. Попробуйте ощутить это; просто постарайтесь заметить это, хоть на короткое мгновение, прежде чем на вас нахлынет очередная волна мыслей. Даже когда это случится, попытайтесь уловить отблеск той части вас, которая способна стоять над схваткой и просто наблюдать за тем, как она разворачивается. Сосредоточьтесь на несколько мгновений и понаблюдайте за своими мыслями, и по мере того как вы будете фиксировать их в своем сознании, замечайте, что вы замечаете их. (*Пауза продолжительностью от 15 до 30 секунд.*)

И когда вы будете готовы вернуться в эту комнату, к окружающей вас действительности, вы можете сделать это, просто открыв глаза.

Я не рекомендую после завершения этого упражнения тратить много времени на обсуждение с клиентами хода и результатов его выполнения (к тому же, в этом нет никакой необходимости). Однако сразу же после выполнения этого упражнения вы должны подробно расспросить клиента о реакциях, возникавших у него в ходе выполнения упражнения. Не все ваши клиенты согласятся выполнить его, но у многих из тех, кто согласится, возникнут яркие и сильные эмоциональные реакции (например, в виде плача). Мой собственный опыт работы с клиентами говорит от том, что в целом реакция клиентов на это упражнение бывает позитивной, умиротворяющей и даже радостной. Припоминаю лишь один случай, когда у клиента возникла отчетливо выраженная негативная реакция на это упражнение, причем это случилось во время групповой сессии, где было нелегко отслеживать поминутное реагирование каждого из участников сессии. Как и в случае метафоры "Шахматная доска", после того как клиенты будут ознакомлены с упражнением, вы можете в дальнейшем ссылаться на него, в частности при продвижении ответственных действий (спросив, например: "Что же решила делать та часть вас, которую мы назвали «наблюдающее вы»?").

## Заключение

В этой главе я познакомил вас с некоторыми из основных интервенций в АСТ, которые можно использовать для выработки у клиентов контакта с текущим моментом и *Я* как контекста. Как и в случае техник, о которых я рассказывал в двух предыдущих главах, — тех, которые способствуют разделению и принятию (глава 6), и тех, которые способствуют ответственности и изменению поведения (глава 7), — интервенции в АСТ, которые вырабатывают майндфулнесс и более четкое осознание собственного *Я* как точку зрения, могут стратегически применяться на любом этапе лечения в зависимости от индивидуализированной концептуализации кейса и уникальных потребностей каждого из ваших клиентов. В частности, упражнения на майндфулнесс вы можете инициировать на любом этапе лечения. Более того, их можно выполнять в течение всего курса терапии.

Такие интервенции, как метафора “Шахматная доска” и упражнение “Наблюдатель”, которые были специально разработаны и адаптированы для использования в АСТ с целью выработки трансцендентного чувства собственного *Я*, к сожалению, не допускают столь же высокой гибкости их применения, как те, о которых говорилось выше. Например, любое конкретное упражнение на майндфулнесс, такое как осознанное дыхание, может практиковаться постоянно и/или может инициироваться по мере необходимости. Маловероятно, что у вас возникнет потребность аналогичным образом повторять со своими клиентами метафору “Шахматная доска” и упражнение “Наблюдатель”. Однако другие сопутствующие техники служат в АСТ той же цели (например, интервенция “Никаких возражений” и метафора “Мебель в доме”) и могут использоваться в качестве дополнений к техникам, представленным в этой главе. Некоторые из них мы обсудим в следующей главе.

# ГЛАВА 9

# Как все это выглядит в целом: пример протокола, рассчитанного на 12 сессий

До сих пор мы рассматривали интервенции в ACT, которые были организованы в соответствии с методом концептуализации кейса и применялись в отношении парных, связанных между собой процессов (например, разделение и принятие, ответственность и изменение поведения, а также майндфулнесс и *Я* как контекст), которые эти интервенции призваны продвигать. Как указывалось в главе 1, это является одним из способов (но, конечно же, не единственным способом) проведения ACT в отношении клиентов, страдающих депрессией.

В этой главе приведено описание — в виде последовательности посессионных рекомендаций — альтернативного подхода, который дает вам возможность представлять ACT в более структурированной манере. Интервенции, которые в силу необходимости были уже представлены в последних трех главах, могут упоминаться в данной главе, но мы уже не будем вдаваться в подробные их описания. Основное внимание в этой главе мы уделим дополнительным интервенциям, таким как еще одна техника разделения или способ ослабления экспериенциального контроля, о которых мы не рассказывали выше. Подобно формату, которого придерживались Эйферт и Форсайт [*Eifert* & *Forsyth,* 2005] в своей книге, посвященной применению ACT для лечения тревожных расстройств, каждая сессия начинается с обзора целей данной сессии. После такого обзора проводится обсуждение рекомендаций по достижению

целей данной сессии, а также предложений относительно того, сколько времени предполагается затратить на достижение каждой из этих целей.

Как я указывал в главе 1, мне известно об отсутствии результатов исследований, которые позволяли бы сделать вывод о том, что подход к применению АСТ для лечения депрессивных клиентов, основанный на концептуализации кейса и описывавшийся нами в первых восьми главах этой книги, более или, наоборот, менее эффективен, чем последовательный подход, который будет подробно описан в настоящей главе. Таким образом, каждому из терапевтов остается лишь экспериментировать с каждым из этих подходов, чтобы определить, какой из них является более предпочтительным для данного терапевта и является ли этот подход более эффективным, чем другой. В то время как метод концептуализации кейса обладает тем очевидным преимуществом, что может применяться более гибко, более четкое следование определенному протоколу при проведении АСТ в отношении депрессивных клиентов может оказаться более привлекательным в силу нескольких причин. Во-первых, поскольку такой протокол предполагает применение единого для всех клиентов, универсального подхода, вы можете использовать его практически единообразно в отношении всех своих клиентов, страдающих депрессией. Кроме того, такой «пакетный» подход гарантирует, что к каждому клиенту будут применены такие интервенции в рамках АСТ, которые охватывают все процессы, представленные на шестиугольнике. Соответственно, это минимизирует возможность того, что какие-то ключевые процессы могут быть упущены из виду (что вполне может случиться при использовании более "нормативного" [т.е. предписывающего] и кейс-ориентированного подхода).

Последним доводом в пользу проведения АСТ в соответствии с определенным протоколом является то, что подобный подход был использован в исследовании, которое сравнивало АСТ с другими интервенциями. Например, в двух исследованиях [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989] были разработаны и строго исполнялись посессионные руководства с целью гарантирования "чистоты" АСТ. Цель этих исследований заключалась в том, чтобы оценить относительную эффективность АСТ в сравнении с когнитивной терапией при лечении депрессии.

В частности, протокол двенадцати сессий ACT (проводившихся один раз в неделю; продолжительность сессии — один час), который будет представлен в этой главе, примерно соответствует протоколам, которые применялись в этих двух проектах. Таким образом, использование вами материала этой главы в качестве руководства по применению ACT гарантирует, что четкое следование данному протоколу предельно точно аппроксимирует подход, применявшийся в этих двух проектах и продемонстрировавший свое преимущество по сравнению с когнитивной терапией.

## Долечебные мероприятия

Протокол, представленный в этой главе, сфокусирован исключительно на посессионном применении ACT как активного способа лечения. Поэтому вам нужно получить обоснованное (т.е. основанное на максимально полной информированности) согласие ваших клиентов на лечение, а также выполнить формализованное долечебное оценивание, которое может вам понадобиться для того, чтобы приступить к проведению первой сессии. Именно поэтому вам нужно спланировать проведение долечебной сессии еще до того, как будет проведена первая из двенадцати лечебных сессий, предусмотренных данным протоколом.

### *Информированное согласие на лечение*

Несмотря на рост числа публикаций об ACT в последнее время [*M. Beck,* 2002, 2006; *Cloud,* 2006], маловероятно, чтобы многие из ваших депрессивных клиентов располагали хоть какой-то информацией об ACT. Большинство же тех, кто хотя бы слышал что-то об ACT, вряд ли обратятся к вам с просьбой, чтобы вы лечили их от депрессии именно с помощью ACT. Таким образом, одна из ваших обязанностей, прежде чем воспользоваться именно такой терапией, заключается в том, чтобы получить информированное согласие вашего клиента на лечение его от депрессии с помощью ACT. Чтобы проинформировать клиента об ACT, можно прибегнуть как к устным, так и к письменным описаниям этого вида терапии.

Для начала вам следует спросить клиента, слышал ли он что-либо об АСТ, а если слышал, то что именно он понял из той информации об АСТ, которой он располагает. Если исходить из того, что клиент не обращается к вам с просьбой применить для его лечения именно этот вид терапии и/или он располагает весьма скудной информацией об АСТ, сообщите ему основные сведения об АСТ примерно так, как изложено ниже.

Несколько психологических подходов продемонстрировали достаточно высокую эффективность в деле оказания реальной помощи людям, страдающим депрессией. К числу таких подходов относятся когнитивная терапия, межличностная терапия, а также разные типы поведенческой терапии. К сожалению, в нашем распоряжении еще нет такого способа борьбы с депрессией, который подходил бы для всех клиентов. Поэтому нам приходится самим выбирать конкретный метод терапии и испытывать его в течение достаточно продолжительного времени, чтобы оценить его эффективность. Если выбранный нами метод оказался неэффективным, нам остается лишь испытывать другие методы терапии.

Конкретный подход, который я предложил бы вам в нашей совместной работе, представляет собой сравнительно новый тип поведенческой терапии для лечения депрессии, известный как терапия принятия и ответственности, или АСТ. Если вы согласны на применение такого подхода, я предоставлю вам материалы, содержащие несколько более подробное описание АСТ. Эти материалы вы можете взять с собой. Пока же позвольте мне немного прояснить для вас ситуацию с АСТ. Эта терапия называется терапией принятия и ответственности, поскольку — как я полагаю, вы сами убедитесь в этом — она фокусируется на том, чтобы помочь вам более четко уяснить, что именно в вашей борьбе с депрессией можно изменить с помощью ответственности и что, к сожалению, изменить невозможно, однако можно продолжать с этим жить посредством принятия. В частности, в деле совладания с депрессией АСТ применяет подход, суть которого заключается в том, что клиент ставит перед собой цели, отвечающие его жизненным ценностям (т.е. берет на себя ответственность действовать в соответствии со своими жизненными ценностями), и учится принимать опыт, который, возможно, ему не нравится, но который он не в состоянии изменить или контролировать.

Значительная часть времени в ходе наших сессий будет тратиться не просто на разговоры о том, как применять АСТ, а на ваше обучение методам АСТ. Например, во время наших сессий вы будете практиковать кое-что из того, что является элементами АСТ. Еще одним эффективным способом вашего обучения является выполнение вами домашних заданий. Поэтому в конце каждой сессии я буду предлагать вам то или иное домашнее задание, которое вы должны будете выполнить к следующей сессии.

Поскольку АСТ является относительно новым подходом, эффективность этого метода в деле лечения депрессии пока еще не исследована так же тщательно, как у некоторых других подходов (например, у когнитивной терапии). Однако исследования, которые напрямую сравнивали АСТ и когнитивную терапию в деле лечения депрессии, продемонстрировали примерно одинаковую эффективность этих подходов. Хотя я, конечно, не могу гарантировать, что АСТ, как и любая другая терапия, принесет положительный результат в вашем конкретном случае, у меня также нет никаких оснований утверждать обратное.

Если вы даете свое согласие на лечение посредством АСТ, это означает, что мы будем проводить с вами каждую неделю по одной сессии в течение двенадцати недель. Этого времени вполне достаточно для того, чтобы оценить эффективность АСТ в вашем конкретном случае. Если этот курс терапии не принесет желаемого результата, мы можем попробовать другие варианты. Вы должны понимать, что в любой момент у вас есть возможность прекратить АСТ и попробовать какой-то другой вариант. Мы можем также перейти к использованию другого варианта, если еще до окончания этого курса терапии, состоящего из двенадцати сессий, нам станет очевидно, что АСТ не приносит нужного результата.

После ответов на вопросы, которые могут появиться у клиента, завершите формальное предоставление информированного согласия, попросив своего клиента подписать соответствующий документ. Раздаточный материал, который полностью соответствует словесному описанию АСТ, изложенному выше, приведен в приложении К. Вы можете предложить клиенту взять с собой экземпляр этого раздаточного материала. Я также рекомендую прикрепить экземпляр этого раздаточного материала к подписанной клиентом форме согласия, чтобы задокументировать таким образом получение клиентом письменной информации

об ACT. Кроме того, вы можете предоставить клиенту дополнительную информацию об ACT, вручив ему экземпляр одной из статей Марты Бек [*Martha Beck*, 2002, 2006], которую он должен прочитать в качестве своего домашнего задания к первой сессии терапии.

## *Долечебное оценивание*

В вашем распоряжении есть несколько вариантов проведения долечебного оценивания, начиная с применения опросника BDI и заканчивая заполнением вашими клиентами тех или иных анкет. Поэкспериментировав с этими вариантами, вы можете в конечном счете выбрать тот, который в наибольшей степени подходит вам и вашим клиентам.

### Оценивание депрессии

Как минимум, я рекомендую до проведения первой сессии терапии формально оценить уровень депрессии у каждого из ваших клиентов, попросив их ответить на опросник Beck Depression Inventory-II (BDI-II; [*Beck, Steer,* & *Brown,* 1996]) или заполнить какую-либо аналогичную анкету. Если клиенты будут отвечать на пункты опросника BDI-II перед каждой сессией, в вашем распоряжении будет долечебный, базовый показатель уровня депрессии, с которым вы можете сравнивать любые изменения, происходящие в процессе лечения. В то время как главная цель ACT заключается в повышении психологической гибкости, а не в избавлении от депрессии, еженедельные снижения уровня депрессии, которые можно фиксировать на основании ответов клиента на пункты опросника, можно рассматривать как полезную информацию обратной связи, характеризующую достигнутый терапевтический прогресс. Это объясняется несколькими причинами.

Во-первых, любые увеличения суммы баллов, фиксируемых в BDI, скорее всего, отражают общий уровень эмоционального дистресса и страдания вашего клиента, и подъемы, если они не являются кратковременными, скорее всего, ассоциируются с охлаждением клиента к терапии или даже полным отказом от нее. Во-вторых, в той мере, в какой оценки, получаемые с помощью BDI, отражают главным образом грязную боль клинической депрессии, а не просто чистую боль дисфории, можно

рассчитывать на снижение суммы баллов BDI. К тому же, исследования, которые выявили преимущество ACT по сравнению с когнитивной терапией [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989], использовали баллы BDI как едва ли не единственный показатель результата лечения. Хотя конечная цель ACT заключается не просто в ослаблении симптоматики, снижениями уровней депрессии также не следует пренебрегать как малосущественными, особенно с учетом того значения, которое клиенты, вполне естественно, придают улучшению самочувствия.

Третье, и последнее, преимущество еженедельного использования BDI заключается в том, что оно предоставляет в ваше распоряжение эффективный и удобный способ отслеживания не только изменений общего уровня депрессии, указываемого вашими клиентами, но и изменений склонности клиента к суициду. В частности, увеличение клиентом рейтингов при его ответах на пункт 9 может означать возврат этого клиента к суицидальному поведению как форме экспериенциального контроля и указывать на необходимость решения этой проблемы в ходе терапии.

## Комплекс оценивания

В процессе долечебного оценивания у вас может возникнуть необходимость применить некоторые или все инструменты, обсуждавшиеся в главе 4 и перечисленные там же в табл. 4.2. Если же вы решите не применять весь комплекс этих инструментов, я рекомендую вам выбрать одну из анкет, предназначенных для выявления ценностей клиента. В то время как вопросы, связанные с ценностями, подробно рассматриваются в ходе некоторых из более поздних сессий данного протокола, использование анкет PVQ или VLQ на долечебной сессии может послужить вам полезной ранней точкой отсчета. Знание ценностей ваших клиентов, полученное с помощью этих анкет, предоставляет в ваше распоряжение важную информацию, которая может служить надежной основой для ваших последующих решений, касающихся терапевтических вопросов, и ваших дальнейших действий. Например, как будет показано ниже, ваша работа по продвижению разделения и принятия, которая начинается уже с первых сессий этого протокола, предусматривающего проведение 12 сессий, будет максимально продуктивной, если вы

с самого начала уясните систему ценностей своего клиента. Терапевт не должен уделять всем нежелательным личным событиям одинаковое внимание. Следует отдавать приоритет разделению и принятию мыслей и чувств, которые создают экспериенциальные барьеры на пути осуществления действий, отвечающих ценностям клиента.

## Сессия 1

Цели первой сессии:

- подготовить клиентов к АСТ;
- идентифицировать терапевтические цели, которые отвечали бы принципам АСТ и были связаны с ценностями клиента;
- приступить к избавлению от повестки экспериенциального контроля.

### *Краткий обзор*

1. Дальнейшее введение в АСТ (5 мин.).
2. Верификация проблемы клиента, проявляющейся в настоящее время (5 мин.).
3. Выслушивание истории жизни клиента (10 мин.)
4. Идентификация терапевтических целей и их связи с ценностями (10 мин.).
5. Первоначальное введение в креативную безнадежность (20 мин.)
   - Метафора “Человек в дыре”.
6. Выдача домашнего задания (10 мин.).

### *Повестка*

#### 1. Дальнейшее введение в АСТ

В начале сессии выделите несколько минут для ответов на вопросы или комментарии клиентов, касающиеся АСТ, которые могли появиться

у них после прочтения раздаточного материала "Что такое терапия принятия и ответственности" (приложение К) или какой-либо из статей М. Бек [*M. Beck*, 2002, 2006], которые вы могли выдать клиентам в качестве домашнего задания. В частности, что касается статей, задайте клиентам конкретные вопросы относительно прочитанного ими материала — особенно вопросы, касающиеся их собственного опыта, связанного с их пребыванием в депрессивном состоянии. Сообщите своим клиентам, что с любыми конкретными интервенциями, описанными в этих статьях, такими как упражнение "Военные на параде" (2002), и вызвавшими их интерес, они будут ознакомлены в надлежащее время. Обратитесь к своим клиентам примерно с такими словами.

> Я рад, что эта статья показалась вам интересной и что вы горите желанием выполнить некоторые из упражнений, описанных в этой статье. Мы обязательно выполним их, но для начала нам придется выполнить определенную подготовительную работу.

Часть такой работы, о которой рассказывается в этой статье, заключается в том, что сначала, конечно же, нужно вызвать креативную безнадежность. Это снижает вероятность того, что любая конкретная техника, например какое-либо упражнение на майндфулнесс, будет использована как еще один способ выполнения повестки экспериенциального контроля.

## 2. Верификация проблемы клиента, проявляющейся в настоящее время

В случае необходимости потратьте несколько минут, чтобы убедиться в том, что проявляющаяся в настоящее время проблема клиента, как он видит ее, представляет собой именно депрессию, а не что-то другое.

## 3. Выслушивание истории жизни клиента

Как указывалось в главе 4, вы должны попросить своего клиента доложить вам о его собственных впечатлениях от депрессии и его опыте борьбы с депрессией. Особое внимание терапевт должен обратить на то, как клиент пытается совладать с депрессией и, если понадобится,

напрямую расспросить его о подробностях борьбы клиента с депрессией. Выясните информацию о предыдущих попытках клиента контролировать депрессию и, в частности, о бесплодности таких попыток, что необходимо для последующего (во время этой же сессии) создания у клиента оптимального уровня креативной безнадежности.

## 4. Идентификация терапевтических целей и их связи с ценностями

Важная часть подготовки клиентов к ACT включает — с учетом рефрейминга в манере, совместимой с ACT — все терапевтические цели, идентифицированные ими вначале. Вспомните, что в главе 5 мы обсуждали, как начальные цели клиента, достижение которых способствует экспериенциальному контролю (например, "Я хочу снова почувствовать себя счастливым" или "Я хочу вернуть себе чувство собственного достоинства") и которые поэтому оказываются несовместимыми с ACT, можно увязать со способностью клиента жить согласно своим ценностям. Если на долечебном этапе использовалась какая-либо из анкет, предназначенных для выявления ценностей клиента, облегчите этот процесс, прямо сославшись на результаты этого анкетирования. Например, скажите примерно следующее клиенту, который при заполнении анкеты PVQ указал, что самая важная его ценность заключается в том, чтобы "быть заботливым родителем".

> Просматривая анкету, заполненную вами на прошлой неделе, я заметил, что для вас очень важно быть хорошим, заботливым родителем для своих детей. Если бы вам пришлось выбирать между улучшением своего самочувствия и возможностью стать более заботливым родителем для своих детей, какой из этих вариантов вы выбрали бы? Что важнее для вас? Могли бы мы оба согласиться с тем, что наша будущая совместная работа должна быть направлена именно на это?

Безусловно, возможно, что в ходе лечения ваши клиенты могут поменять приоритеты своих терапевтических целей. Это не представляет проблемы, если между вами и вашими клиентами существует соглашение или по меньшей мере неформальное согласие в том, что любые терапевтические цели, идентифицированные в начале лечения или на более

поздних его стадиях, должны быть совместимы с ACT и должны отвечать ценностям клиентов.

## 5. Первоначальное введение в креативную безнадежность

Работа по ослаблению экспериенциального контроля и продвижению принятия может начаться уже во второй половине этой начальной сессии. В то время, когда вы будете выслушивать историю жизни клиента, у вас в голове уже должен постепенно составляться перечень стратегий и техник, которыми этот клиент обычно пользуется, пытаясь спастись от депрессии. Ваша задача на данном этапе сессии заключается в том, чтобы вызвать у клиента оптимальный уровень креативной безнадежности, подчеркивая бесплодность его попыток спастись от депрессии.

**Человек в дыре.** Как указывалось в главе 6, чтобы создать более титрованную дозу креативной безнадежности у клиентов, у которых отмечалась склонность к суицидальному поведению как форме экспериенциального контроля, следует использовать такие техники, как метафоры "Ожесточенная борьба с монстром" и "Зыбучие пески", а также упражнение "Китайские наручники". В случае клиентов, не демонстрировавших склонности к суицидальному поведению, можно воспользоваться метафорой "Человек в дыре". Эта техника (ранее называвшаяся "Мужчина в дыре") была впервые описана Хейсом [*Hayes*, 1987, pp. 346–348], впоследствии была усовершенствована им же и его коллегами [*Hayes* et al., 1999, pp. 101–104]. В моей книге эта техника претерпела небольшие изменения с целью обеспечения большего соответствия потребностям депрессивных клиентов.

*Терапевт.* Вы уже рассказывали мне о том, как давно вы страдаете депрессией, причем иногда вам кажется, что она отступает на какое-то (непродолжительное) время, но после этого всегда возвращается. Таким образом, депрессия никогда не уходила от вас навсегда. Вот и сейчас, судя по тому, что вы обратились ко мне за помощью, она снова вернулась к вам. Вы также рассказывали о своих попытках избавиться от депрессии, самостоятельно (например, читая популярные книги о депрессии и пробуя разные диеты) или с чьей-либо

помощью (например, друзей или психотерапевтов). Какие еще варианты избавления от депрессии вы пробовали?

*Клиент.* Еще я пытался понять, почему мне не удается избавиться от депрессии. Возможно, если бы я смог понять, почему у меня такое плохое самочувствие, я знал бы, что нужно делать для улучшения самочувствия.

*Терапевт.* Сколько времени и сил вы потратили, пытаясь разобраться во всем этом?

*Клиент.* Не знаю... По-моему, я думаю об этом постоянно. Одно можно сказать наверняка: я потратил на это очень много времени и сил.

*Терапевт.* Не кажется ли вам все это несколько странным? Задумайтесь о том, сколько времени, денег и сил вы потратили на попытки улучшить свое самочувствие: вы читали книги, пробовали разные диеты, просили совета у друзей, пытались разобраться в причинах своего плохого самочувствия, принимали антидепрессанты, пробовали разные виды терапии. Тем не менее, ничто не помогало вам — по крайней мере в долгосрочной перспективе. В противном случае вы не обратились бы ко мне за помощью. В чем же дело?

*Клиент.* Не знаю. Может быть, у меня плохие "гены депрессии" ...

*Терапевт.* Интересная мысль. Правда, если это и так, то вряд ли констатация этого факта способна помочь вам больше, чем все остальные средства, испытанные вами. Попробуем посмотреть на вашу борьбу с депрессией под другим углом зрения, сравнив ее с падением в дыру, из которой вы не в состоянии выбраться. Действительно, мне приходилось слышать от многих, кто, подобно вам, страдает депрессией, что их депрессия похожа на падение в глубокую и темную дыру. Можете ли вы сравнить это со своими собственными ощущениями?

*Клиент.* Да... Похоже, в этом что-то есть.

*Терапевт.* Представьте, что ваша депрессия подобна падению в дыру, из которой вы не можете выбраться. Допустим, обстоятельства вашей жизни сложились так, что вы свалились в эту дыру: вам на глаза надели повязку, выдали рюкзак с какими-то инструментами и дали задание перейти через широкое поле. Но поскольку у вас завязаны глаза, вы не знаете, что на этом поле есть множество глубоких ям, и какой бы путь через это поле вы ни выбрали, вы, раньше или позже, обязательно свалитесь в какую-то из этих глубоких ям. Именно это и случилось с вами. Вы сразу же пытаетесь выбраться из этой депрессионной ямы, но она оказалась слишком глубокой. Какими будут ваши действия?

*Клиент.* Я могу позвать кого-нибудь на помощь.

*Терапевт.* Разве вы уже не делали это? Разве вы не звали на помощь друзей, надеясь, что они вытащат вас из этой депрессионной ямы? Эта помощь принесла какие-то позитивные результаты? Если принесла, то почему вы оказались в моем кабинете? Что еще вы могли бы сделать?

*Клиент.* Не знаю.

*Терапевт.* Полагаю, вы могли бы попытаться понять, почему вы оказались в этой яме. Например, вы могли бы подумать, что, повернув налево, а не направо, вы не свалились бы в эту яму.

*Клиент.* Так вполне могло бы быть.

*Терапевт.* И как этот вывод помог бы вам? Буквально несколько минут тому назад вы рассказывали мне о том, сколько времени и сил вы затратили на то, чтобы разобраться, почему у вас случилась депрессия. Как это помогло вам? Если это помогло вам, то почему вы оказались в моем кабинете? К тому же, заметьте, я сказал, что на поле, которое вам предстояло перейти, есть множество ям. Таким образом, хотя и не исключено, что, повернув налево, а не направо, вы не свалились бы в эту яму, вы почти наверняка свалились бы в какую-то

другую яму. Что еще вы могли бы сделать? Вспомните, что в вашем рюкзаке есть небольшой набор инструментов.

*Клиент.* Возможно, я мог бы воспользоваться этими инструментами, чтобы выбраться из ямы.

*Терапевт.* Допустим, вы открыли рюкзак и единственное, что вы обнаружили там, это набор саперных лопаток. Какие-то из них больше, чем другие; к тому же, все эти лопатки изготовлены из разных материалов: какие-то из них деревянные, другие — металлические, но все это лишь саперные лопатки. И что дальше?

*Клиент.* Я мог бы воспользоваться ими.

*Терапевт.* А для чего эти лопатки? Чтобы копать еще глубже или чтобы выбраться из ямы? Углубляя яму, вы способствуете своему высвобождению из нее или, наоборот, лишь усугубляете ситуацию?

*Клиент.* Наверное, вы правы. Я лишь усугублял бы ситуацию.

*Терапевт.* Мне хотелось бы, чтобы вы рассмотрели еще один вопрос. Неважно, прав или неправ я, но мне интересно, что говорит вам ваш собственный опыт о реальной пользе всех усилий, предпринимавшихся вами для избавления от депрессии. Неважно, что я говорю вам; важно, о чем говорит ваш собственный опыт. Насколько ослабела или, наоборот, усилилась депрессия за годы вашей борьбы с ней? Приблизились ли вы к тому, чтобы выбраться из своей ямы или, наоборот, погрузились в нее еще больше? Не привели ли ваши попытки избавиться от депрессии к тому, что вы лишь усугубили ситуацию? Может быть, вы пришли ко мне только для того, чтобы я предложил вам более острую лопатку?

Возможно, вам кажется, что у меня есть более острая лопатка, чем те, которыми вы пользовались. Нет у меня такой лопатки, но даже если бы она была у меня, она все равно не помогла бы вам выбраться из ямы. Лопатки нужны

для выкапывания ям, а не для того, чтобы выбираться из них. А что если у вас вообще нет возможности выбраться из ямы? Может быть, вам станет легче, если я посоветую вам перестать столь усердно ковыряться лопаткой в земле? Может быть, вам станет легче, если я посоветую вам не пытаться из последних сил выбраться из ямы? Может быть, вам поможет, если я скажу, что вы неправильно держите лопатку в руках? Может быть, вам будет легче выбраться из ямы, если я скажу, что вы сами виноваты в том, что угодили в эту яму? А что если все мои советы помогут вам ничуть не больше, чем те способы, которые вы уже перепробовали к этому времени, поскольку в любом случае речь идет лишь о разных способах орудования лопаткой? А что если все способы, с помощью которых вы пытались контролировать свою депрессию, неэффективны в принципе? Можете не верить мне, но присмотритесь к своему собственному опыту. Может быть, то глубокое и темное чувство безысходности, которое время от времени появляется у вас, говорит вам о чем-то?

*Клиент.* Не знаю, что еще можно сделать в этой ситуации. Но мне очень хочется выбраться из этой дыры.

*Терапевт.* Искренне верю вам. Вы действительно хотите выбраться из ямы депрессии, и если бы вам были известны какие-то другие способы избавления от депрессии, вы наверняка воспользовались бы ими. Вы перепробовали все известные вам способы, но что если все они являются лишь разными способами углубления ямы? А что если способ выбраться из этой ямы все же существует, но вы не использовали его по меньшей мере по двум причинам? Во-первых, вы столь усердно углубляли яму, что у вас просто не оставалось возможности заняться чем-нибудь еще. Вряд ли можно заниматься чем-нибудь еще, пока в ваших руках остается лопатка. Повестка углубления ямы очень устойчива. Итак, сделайте первый шаг: выпустите лопатку из рук. По крайней

мере, вы хотя бы перестанете углублять яму. А что если несмотря на наличие возможности выбраться из ямы у вас есть вторая причина, по которой вы не воспользовались этой возможностью, и эта причина заключается в том, что вы не знаете, что представляет собой эта возможность? А что если вы все же способны воспользоваться этой возможностью? Вы не воспользовались ею не потому, что не способны воспользоваться ею, — вы не ответственны за то, что оказались в этой яме, но ответственны за то, чтобы вытащить себя из нее (в смысле своей *способности ответить* на падение в эту яму), — а потому, что, как вы сами сказали, вы не знаете, что представляет собой эта возможность. Если бы вы знали, что представляет собой эта возможность, то воспользовались бы ею. А что если мы займемся здесь с вами не тем, что будем изыскивать какие-то другие способы углубления ямы, а тем, что начнем думать, что еще можно было бы сделать в этой ситуации?

*Клиент.* Что ж, давайте попробуем.

*Терапевт.* Давайте, но сначала я должен договориться с вами о том, что вы перестанете ковыряться лопаткой в земле. Просто я опасаюсь, что если прямо сейчас я дам вам лестницу, вы бросите лопатку *и* попытаетесь копать с помощью лестницы. Если вы готовы, я хочу предложить вам домашнее задание, которое может быть полезно нам обоим с той точки зрения, что оно поможет нам выявить все множество способов углубления ямы, имеющихся в вашем распоряжении.

По завершении такого диалога нет никакой необходимости анализировать его или пускаться в пространные обсуждения метафоры “Человек в дыре”. Любые реакции ваших клиентов на эту метафору, например их желание поучаствовать в аргументированном обсуждении ее или даже высказать свои соображения по поводу логичности или смысла этой метафоры, скорее всего, окажутся дальнейшими формами

экспериенциального контроля. Максимум, что вам следует сделать, это принять к сведению такие пожелания. Любой ответ с вашей стороны должен служить одной цели: "закольцевать" комментарии и реакции клиента на эту метафору. Это можно сделать примерно так, как показано ниже.

> Мне кажется, что в данном случае для вас важно (*убедиться в своей правоте, придать этому какой-то смысл, обнаружить в этом какую-то логику, и т.п.*). Я лишь хочу, чтобы вы поняли, что с вашей стороны это тоже может быть своего рода продолжением рытья ямы.

## 6. Выдача домашнего задания

Домашнее задание, выдаваемое в конце этой первой сессии, представляет собой упражнение самомониторинга, призванное усилить осознание клиентом всеобъемлющего влияния повестки экспериенциального контроля. Выдайте своему клиенту "Дневник регулирования настроения" — форму, предназначенную для этой цели (приложение Л). Попросите клиента записывать в этот дневник разные способы, какими он пытается регулировать свое настроение и эмоции. Чтобы прояснить для клиента цель этого домашнего задания, сошлитесь на ту метафору или упражнение — "Китайские наручники", "Человек в дыре", "Зыбучие пески" или "Ожесточенная борьба с монстром", — которые использовались для индуцирования у клиента креативной безнадежности.

> Только что мы обсуждали с вами разные способы, с помощью которых вы (*копаете или тянете за канат*). Впрочем, возможны и другие способы. Чтобы (*выпустить из рук лопатку или канат*), желательно знать о разных способах, с помощью которых может осуществляться (*рытье ямы или натягивание каната*). В этом и заключается цель данного домашнего задания. Постарайтесь зафиксировать — в промежутке между нашей нынешней и следующей сессиями — все варианты того, что вы делаете, когда замечаете нежелательную перемену своего настроения или самочувствия. Включайте сюда не только то, чем вы могли заниматься в это время (например, просмотр телепрограмм в попытке отвлечься от неприятных мыслей или чувств), но и то, о чем вы могли думать или мечтать.

## Сессия 2

У этой сессии три цели:

- усилить понимание клиентом всеобъемлющего влияния повестки экспериенциального контроля и естественности этой повестки;
- еще раз акцентировать внимание клиента на тщетности попыток экспериенциального контроля и на связанных с ним издержках;
- ознакомить клиента с понятиями готовности и принятия как альтернативами экспериенциального контроля.

### *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (5 мин.).
2. Всеобъемлющее влияние экспериенциального контроля и его естественность (10 мин.).
3. Тщетность попыток экспериенциального контроля и связанные с ним издержки (20 мин.).
   - Упражнение "Шоколадный торт"
   - Метафора "Полиграф"
   - Метафора "Влюбленность"
4. Готовность как альтернатива экспериенциального контроля (20 мин.).
   - Метафора "Две шкалы"
   - Упражнение по переноске депрессии
5. Выдача домашнего задания (5 мин.).

### *Повестка*

#### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Начните эту сессию с обзора (совместно с вашим клиентом) того, какие дополнительные формы экспериенциального контроля они заметили у себя за прошедшую неделю, просматривая свой "Дневник

регулирования настроения". Понимание клиентом всеобъемлющего влияния экспериенциального контроля более важно, чем заполнение дневника как таковое, и если даже дневник не заполнялся, все же выясните у клиента, какие дополнительные способы рытья земли или перетягивания каната они выявили у себя. Как показано в главе 4 в случае с клиентом, который указал чтение как предпочтительную для себя и прочно укоренившуюся стратегию экспериенциального контроля, нет ничего необычного в том, что клиент внезапно выявляет у себя методы регулирования настроения, которые в прежнее время он не замечал. Попросите клиента рассмотреть два базовых вопроса относительно того, что ему удалось выявить: 1) насколько успешно этот способ применяется им, и 2) если успешно, то какой ценой это дается ему. Упоминавшийся выше клиент ответил, что с помощью чтения он довольно успешно регулирует свое настроение — правда, для этого ему приходится жертвовать возможностью общения с близкими людьми.

При этом у клиентов может возникнуть вопрос о том, является ли конкретная практика или занятие формой экспериенциального контроля. Например, клиент вернулся на свою вторую сессию с вопросом, является ли прием антидепрессантов еще одним типом "рытья земли", несмотря на то что в метафоре "Человек в дыре" об этом напрямую сказано не было. В таких случаях задайте те же два вопроса, поставленные выше, если у вас не будет настоятельной необходимости сразу же отвечать на вопрос этого клиента.

## 2. Всеобъемлющее влияние экспериенциального контроля и его естественность

Чтобы ваши клиенты отказались от повестки экспериенциального контроля и были открыты к готовности как адекватной альтернативе, они должны увидеть разные формы, которые может принимать их повестка экспериенциального контроля. Вообще говоря, трудно рассчитывать, что клиенты выпустят из рук лопатку, если они не будут знать о множестве более скрытых форм, которые может принимать рытье ям. Несмотря на важность разъяснения клиентам издержек, которые влечет за собой исполнение повестки экспериенциального контроля,

попытки внушить клиенту мысль о ненормальности попыток экспериенциального контроля вряд ли способны принести пользу. Таким образом, ваша задача на данном этапе сессии заключается в том, чтобы разъяснить клиентам всеобъемлющее влияние и дисфункциональность экспериенциального контроля, а также его естественность. Разъяснить это можно примерно так, как показано ниже.

Сейчас у нас появилась возможность рассмотреть разные способы, с помощью которых вы пытаетесь регулировать свое настроение и контролировать свое эмоциональное самочувствие. Мы можем сравнить это с рытьем ям (*или перетягиванием каната*), но пока что мы просто обозначим это как эмоциональный контроль — нашу склонность к избеганию неприятных чувств и мыслей и попытки навеять себе приятные чувства и мысли.

Все мы предпринимаем осознанные усилия, чтобы контролировать то, что не нравится нам, и строим в связи с этим определенные планы. Посмотрим, как это работает. Допустим, вам не нравится расстановка мебели в этой комнате. Можете ли вы как-то повлиять на это? Если бы я предложил вам тысячу долларов за перестановку мебели в этой комнате, вы справились бы с этой задачей? А что если бы вместо мебели вам предстояло реорганизовать свои собственные мысли и чувства, связанные с чем-либо? Что если бы, например, вы попытались реорганизовать свои собственные мысли и чувства, связанные с (упомяните какое-либо личное событие из истории жизни данного клиента, связанное с депрессией), таким образом, чтобы они не угнетали вас?

Как вы полагаете, вам удалось бы это? Могли бы вы реорганизовать их за тысячу долларов?

Я хочу, чтобы мы разобрались, почему повестка контроля, которая так хорошо работает в окружающем нас мире (например, в мире мебели), перестает работать, когда мы пытаемся применить ее к своему внутреннему миру — миру наших собственных мыслей и чувств. Что если это тот самый случай, когда оперативное правило относительно внешнего мира гласит: "Если тебе не нравится что-то, просто измени это", тогда как оперативное правило относительно наших собственных мыслей и чувств гласит: "Если ты не хочешь, чтобы они были у тебя, ты обязательно получишь их"?

Вы не обязаны верить мне. Возможно, вам кажется, что это вовсе не так, как я сказал. Тогда спросите у самого себя, что говорит по этому поводу ваш собственный опыт.

Примерно в этот момент сместите акцент на естественность повестки контроля. Такой подход помогает минимизировать самообвинения клиента и, что, возможно, еще важнее, подтверждает борьбу и страдания клиента, помогая таким образом сформировать эмпатическую связь между терапевтом и клиентом. Укажите, что все мы, в той или иной степени, склонны к экспериенциальному контролю, что обусловлено несколькими причинами:

1) эффективный внешний контроль обобщается на эмоциональный контроль;
2) кто-то сказал, что это может помочь нам (главное, не падать духом!);
3) зачастую оказывается, что это помогает другим людям;
4) это даже может помочь нам в краткосрочной перспективе;
5) подкрепите представление о нормальности экспериенциального контроля, напомнив клиенту о метафоре "Человек в дыре".

Итак, нет ничего удивительного в том, что вы пытались копать эту яму. Тем более, вы сами сказали, что просто не знали, что еще можно предпринять. Вполне вероятно, что большинство, если не все мы — в том числе и я, — поступили бы точно так же, как вы, если бы оказались на вашем месте. У всех нас есть свои собственные дыры. Единственным моим преимуществом, которое дает мне возможность помочь вам выбраться из вашей ямы, является моя особая точка зрения. Благодаря этой точке зрения, в какой бы яме я ни оказался, это не будет та же самая яма, в которой оказались вы.

## 3. Тщетность попыток экспериенциального контроля и связанные с ним издержки

Однако вы можете обнаружить определенную опасность в нормализации экспериенциального контроля. Некоторые из ваших клиентов могут рассматривать это как попытку минимизации издержек

экспериенциального контроля или даже предоставление определенного иммунитета от обвинений и/или последствий нежелания действовать в ответственной манере. Решите эту проблему, еще раз подчеркнув тщетность и дисфункциональность повестки экспериенциального контроля, воспользовавшись рядом соответствующих упражнений и метафор.

**Упражнение "Шоколадный торт".** Чтобы проиллюстрировать тщетность и дисфункциональность подавления нежелательных мыслей, попросите своего клиента намеренно "не думать" о каком-то определенном объекте. В оригинальном упражнении, предложенном Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 124-125], в качестве такого объекта использовался шоколадный торт (отсюда название этого упражнения), хотя, конечно же, можно использовать другие объекты. Например, в версии этого упражнения, предложенной Хейсом и Смитом [*Hayes* & *Smith,* 2005, pp. 24-25], использовался желтый джип; лично я предпочитаю использовать в презентации этого упражнения желейные конфеты.

> Если вы не возражаете, я предлагаю вам поучаствовать вместе со мной в небольшом упражнении. Чем бы вы сейчас ни занимались, ни в коем случае не думайте о желейных конфетах! Вы можете думать о чем угодно, только не о желейных конфетах. Вы же очень хорошо знаете, как выглядят и пахнут желейные конфеты, а также каков их вкус, если положить их в рот и раскусить. Так вот, не думайте об этом! Можете думать о чем угодно, только не о желейных конфетах!

После этого подчеркните сходство между данным упражнением и спонтанными попытками ваших клиентов подавить нежелательные мысли.

> Оставим в покое желейные конфеты. Допустим, что для вас очень важно не думать о том, как вы исковеркали свою жизнь. Поэтому вы приказываете себе не думать о множестве ошибок, которые вы совершили в своей жизни. Насколько это удалось вам?

**Метафора "Полиграф".** Распространите тщетность повестки экспериенциального контроля на попытки избежать нежелательных эмоций, ознакомив клиента с метафорой "Полиграф" [*Hayes* et al., 1999, pp. 123-124].

*Терапевт.* Мы уже убедились в тщетности ваших попыток контролировать свои мысли. Теперь посмотрим, насколько эффективны попытки контролировать свои чувства. Представьте ситуацию, в которой вам очень важно не испытывать чувство тревоги. Допустим, я подключил вас к самому совершенному в мире полиграфу, причем так, что оба мы можем видеть данные, выдаваемые им в виде, напоминающем энцефалограмму. Ваша задача формулируется очень просто: просто оставаться в расслабленном состоянии. Чтобы продемонстрировать, насколько вам важно ни в коем случае не проявлять чувство тревоги, я зарядил револьвер и обещаю застрелить вас, как только замечу у вас малейшие признаки тревоги. Считаете ли вы себя способным справиться с этим заданием?

*Клиент.* Зачем нам возиться с полиграфом? Лучше уж застрелите меня сразу.

*Терапевт.* Значит, при таких обстоятельствах вы не смогли бы оставаться в расслабленном состоянии. Есть ли хотя бы один человек, кому было бы под силу справиться с этим заданием?

*Клиент.* Уверен, что с этим заданием никто не справился бы.

*Терапевт.* Итак, в этой ситуации никто — ни вы, ни я, ни любой человек с улицы — не мог бы оставаться в расслабленном состоянии. Обратите внимание, вы уже начинаете тревожиться о том, что у вас может возникнуть тревога, и если вы не желаете, чтобы она возникла у вас, то она уже с вами! Вы уже тревожитесь по поводу своей тревоги. Посмотрим, как этот механизм действует в случае депрессии. Вы рассказывали мне, что, когда вас одолевает депрессия, вы пытаетесь как-то подбодрить себя. Это помогает вам?

*Клиент.* Не очень-то.

*Терапевт.* Есть ли что-нибудь более депрессивное, чем безуспешные попытки не чувствовать себя подавленным? Допустим, я поставил перед вами задачу ни в коем случае не переставлять

мебель в этой комнате, а если вы попытаетесь переставлять ее, я застрелю вас. Вы справились бы с такой задачей?

*Клиент.* Несомненно.

**Метафора "Влюбленность".** Поскольку экспериенциальный контроль при депрессии может также принимать форму намеренных попыток клиента вызвать у себя определенные — и желательные для него — эмоциональные состояния, например "ощущение счастья" или "ощущение довольства собой", предложите своим клиентам описанную ниже метафору.

*Терапевт.* Подчас мы пытаемся контролировать неприятные эмоции, вызывая у себя противоположные эмоции и стараясь удерживать их. Например, вместо того чтобы пытаться избежать ощущения себя глубоко несчастным и подавленным человеком, мы пытаемся вызвать у себя и удержать ощущение счастья. Посмотрим, как это работает. Допустим, у меня есть миллион долларов, и я говорю вам, что вы можете достаточно легко получить от меня эти деньги. От вас требуется следующее: вы выходите от меня на улицу и безумно влюбляетесь в первого встречного, каким бы ни был его пол, возраст и внешние данные. Справились бы вы с таким заданием?

*Клиент.* Я, конечно же, мог бы сказать вам, что мне это удалось.

*Терапевт.* Но удастся ли вам это в действительности? Допустим, у меня есть некий датчик, который я подсоединил бы к вам и который со стопроцентной гарантией указывал бы на то, удалось ли вам на самом деле безумно влюбиться в первого встречного. Чем мог бы закончиться этот эксперимент?

*Клиент.* Я бы просто сказал вам, что безумно влюбился в первого встречного.

*Терапевт.* Не свидетельствует ли это о том, что попытки вызвать у себя определенные эмоции так же не способны привести к успеху, как и попытки избавиться от определенных чувств? Можете

не верить моим словам. Но обратитесь к своему собственному опыту. А теперь подумайте, что произошло бы, если бы я сказал: "Ладно, вы не обязаны на самом деле безумно влюбиться в первого встречного, но вы должны подойти к нему и признаться в своей внезапно вспыхнувшей любви к нему". Могли бы вы сделать это? Вы сделали бы это?

*Клиент.* За миллион долларов — несомненно.

*Терапевт.* Значит, вы не можете контролировать свои чувства, но вы можете контролировать движения своих губ, языка и ног.

## 4. Готовность как альтернатива экспериенциального контроля

Примерно на этой стадии сообщите своим клиентам о принятии и готовности как альтернативных способах реагирования на нежелательные мысли и чувства. Это также будет подходящим моментом для того, чтобы еще раз подчеркнуть издержки эмоционального контроля, ознакомив клиентов с экспериенциальным упражнением, обсуждавшимся в главе 6. Это упражнение призвано научить клиентов различать чистую и грязную боль.

**Метафора "Две шкалы".** Эта метафора была впервые предложена Хейсом [*Hayes,* 1987, pp. 352-353] и впоследствии усовершенствована Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 133-134] как способ предложения клиентам варианта, альтернативного повестке экспериенциального контроля. В моей книге эта метафора несколько изменена с целью приспособления ее к депрессии.

Представьте, что перед нами находится некий электронный прибор, наподобие усилителя в стереосистеме. Правда, этот прибор является усилителем депрессии.

Какой величины депрессия выходит из ваших "динамиков", будет зависеть от положения ручек регулирования на этом оборудовании. Допустим, одна из этих ручек обозначена как "Депрессия", а диапазон регулирования простирается от 1 (минимум) до 10 (максимум). Вы решили обратиться за помощью к терапевту потому, что из ваших "динамиков"

исходит слишком сильная депрессия. Представляется весьма разумным попытаться отрегулировать ручку "Депрессия". Возможно, эта ручка установлена в положение "10", а вам хотелось бы установить ее в положение "1" или "2".

Итак, вы ухватились за ручку "Депрессия" и изо всех сил пытались изменить ее положение. По-видимому, у вас ничего не получилось (иначе вы не явились бы в этот кабинет). Более того, у вас вообще не было шансов изменить положение этой ручки. В моем распоряжении тоже нет каких-то новых способов повернуть эту ручку так, чтобы снизить уровень депрессии, исходящей из ваших "динамиков". Предположим, что в этом усилителе депрессии есть еще одна регулирующая ручка.

Эта другая регулирующая ручка меньше по своим размерам, чем ручка "Депрессия", а поэтому она вполне могла остаться незамеченной. Теперь мы попытаемся привлечь к ней ваше внимание. Эта другая регулирующая ручка называется "Готовность". Она также охватывает диапазон уровней готовности от 1 до 10, однако оказывается, что из двух ручек главной является именно эта. Объясняется это тем, что, в отличие от ручки "Депрессия", вы можете довольно легко менять ее положение. Перейти от меньшего уровня готовности к большему не составляет труда, однако разница оказывается весьма ощутимой. Сейчас ваша ручка "Готовность" установлена на минимум — 1. Под готовностью мы подразумеваем степень вашей готовности к восприятию своих собственных мыслей, чувств, воспоминаний, телесных ощущений, импульсов, и т.п., когда вы испытываете их воздействие, не пытаясь контролировать или избежать их. Когда готовность установлена на минимум, любая "фоновая" печаль, разочарование или негативные мысли, которые возникают вследствие ведения вами полноценной жизни согласно вашим ценностям, — то, что в АСТ принято называть чистой болью, — усиливается и превращается в громкий шум депрессии, или в то, что мы называем грязной болью. Если вы не готовы испытывать эту боль, вы получаете ее, и все заканчивается тем, что вы испытываете депрессию из-за своего депрессивного состояния. Рассмотрим, что может произойти, если ручка "Готовность" установлена на максимум — 10. Теперь любые нежелательные звуки, исходящие из "динамиков", не будут искусственно усиливаться. Обратите внимание: я не сказал, что все нежелательные звуки снизятся до уровня, который вас устраивает, или что они полностью исчезнут. Время от времени они все же могут звучать

для вас как депрессия. Важный момент заключается в том, что теперь эти звуки могут распространяться беспрепятственно, вместо того чтобы быть зафиксированными на высоком уровне, когда все ваше внимание сосредоточено на снижении уровня депрессии с помощью ручки "Депрессия". Если ручка "Готовность" установлена на более высокий уровень готовности, то громкость нежелательных звуков иногда может снижаться, а иногда может повышаться. Вы не можете контролировать их громкость; все, что вы можете контролировать, это положение ручки "Готовность". Готовы ли вы сейчас к тому, чтобы разобраться, как могла бы измениться ваша жизнь, если бы вы сосредоточились на изменении положения ручки "Готовность", вместо того чтобы пытаться повернуть ручку "Депрессия"?

**Упражнение по переноске депрессии.** Сразу же после этой метафоры представьте своим клиентам Упражнение по переноске депрессии, подробно описанное в главе 6. Это упражнение еще раз делает акцент на издержках экспериенциального контроля, проясняя разницу между чистой и грязной болью. Вспомните, что в этом упражнении используется физический "реквизит" (например, тяжелый металлический ящик для мусора), чтобы продемонстрировать клиентам разницу в перенесении их депрессии в манере принятия и в манере избегания.

## 5. Выдача домашнего задания

В главе 6 мы также обсуждали упражнение "Мысли на карточках". Выдайте клиентам в качестве их домашнего задания колоду карточек, какие обычно используются в картотеках. На этих карточках клиент должен выписать (по одной на карточке) нежелательные, депрессивные мысли, которые возникнут у него на протяжении недели. Попросите своих клиентов записать на обратной стороне каждой карточки любые способы, с помощью которых они пытались контролировать соответствующую мысль или эмоции, связанные с нею. Продемонстрируйте пример выполнения этого домашнего задания, выбрав какую-либо негативную автоматическую мысль, выраженную клиентом во время сессии. Используйте заполненные карточки, чтобы в начале следующей сессии приступить к выполнению некоторых упражнений на разделение.

## Сессия 3

У этой сессии такие цели:

- идентифицировать личные события, которые должны стать целью работы по разделению и принятию;
- приступить к сосредоточению внимания клиента на процессе выражения тех или иных мыслей средствами языка, а не на их содержании;
- осуществить несколько начальных интервенций разделения и принятия.

### *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (5 мин.).
2. Упражнение "Мое мышление не всегда идет мне на пользу" (10 мин.).
   - Техника "О сознании в третьем лице"
   - Техника "Скажите спасибо за это своему сознанию"
3. Разделение автоматических мыслей (20 мин.).
   - Упражнение "Молоко, молоко, молоко"
   - Упражнения "Повторение на другой лад"
   - Упражнение "Инвентаризация"
4. Принятие нежелательных эмоций (20 мин.).
   - Упражнение "Физикализация"
   - Упражнение "Посидите спокойно со своими чувствами"
5. Выдача домашнего задания (5 мин.).
   - Упражнение "Инвентаризация"
   - Упражнение "Причины депрессии"

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Начните эту сессию с обзора (совместно с вашим клиентом) упражнения "Мысли на карточках". Попросите своего клиента, при необходимости, заново сформулировать описания когнитивной деятельности, например "мысль о моем последнем задании", как конкретные примеры внутреннего диалога с самим собой (например, "Как же я мог оказаться таким болваном, чтобы запороть свое последнее задание?") Кроме того, идентифицируйте любые нежелательные эмоции, связанные с каждой мыслью, и оцените степень, в которой каждая мысль порождает экспериенциальный контроль (и если это действительно так, формы, которые он принимает) и/или действует как барьер, препятствующий поведению, определяемому ценностями. Что касается этого последнего пункта, то проясните, при необходимости, степень, в которой личные события создают препятствия ценностям, идентифицированным в ходе первой сессии или посредством долечебного заполнения одной из анкет, предназначенных для выявления ценностей клиента (например, "В какой степени эта мысль мешает вам проводить больше времени со своими детьми?"). Эта часть сессии призвана выявить проблемные личные события, которые могут стать объектом последующего применения техник разделения и принятия.

### 2. Упражнение "Мое мышление не всегда идет мне на пользу"

Прежде чем приступить к работе по разделению и принятию, обратите внимание клиента на широкое распространение и естественность негативного внутреннего диалога с самим собой, а также других форм реляционного фрейминга, представив клиенту соответствующий сегмент и упражнение, озаглавленное "Мое мышление не всегда идет мне на пользу" (оно было подробно описано в главе 6). Укажите, что наше мышление подобно монстру, который заставляет нас тянуть за канат, и что задача, в решении которой вы можете помочь своему клиенту, заключается в том, чтобы убедить его отпустить канат и подсказать ему,

как реагировать на призывы нашего сознания снова взять канат в руки и начать тянуть его. Подчеркните также боль издержек отсутствия, возникающих в случае, когда повестка экспериенциального контроля препятствует действиям, обусловленным ценностями.

> Ваше сознание может создавать вам еще одну проблему, которая заключается в том, что оно уводит вас в сторону от того, что вы высоко цените в своей жизни. Так, вместо того чтобы проводить время с детьми, вы тратите время на споры с самим собой, изо всех сил тянете за канат или пытаетесь решить неразрешимые проблемы, выдуманные вашим сознанием. Не пытайтесь заставить замолчать свое сознание, это невозможно. Вместо этого пытайтесь реагировать по-другому на то, что говорит вам ваше сознание, чтобы свою жизнь контролировали именно вы, а не ваше сознание.

**Техника "О сознании в третьем лице".** А сейчас предложите (как указывалось в главе 6) высказываться о сознании в третьем лице как одном из способов минимизации его негативного влияния.

**Техника "Скажите спасибо за это своему сознанию".** Вы, наверное, помните, что об этой технике способствования разделению также рассказывалось в главе 6. Целесообразнее применять ее в ответ на негативные автоматические мысли, которые могут возникать у ваших клиентов во время сессии, но вы можете также воспользоваться ею в данном случае как вступлением к более интенсивной работе по разделению, к которой вам предстоит перейти впоследствии.

## 3. Разделение автоматических мыслей

Представляя клиентам первые интервенции по разделению, было бы предпочтительным уделить основное внимание депрессивным автоматическим мыслям ваших клиентов, которые спонтанно возникают у них во время сессии. Если это не представляется возможным, то в качестве объекта разделения можно использовать депрессивные автоматические мысли, выявленные при выполнении домашнего задания "Мысли на карточках". В таких случаях предварите упражнения, с которыми вы ознакомите своих клиентов, примерно таким вступлением.

Мы поговорили с вами о том, как наши попытки контролировать неприятные мысли, которые навевает нам сознание, приводят лишь к тому, что мы окончательно "зацикливаемся" на этих мыслях. Мне хотелось бы ознакомить вас с рядом других способов, с помощью которых вы могли бы реагировать на мысли, которые обычно заставляют вас взять в руки канат и изо всех сил тянуть за него. Вы можете попытаться выполнить эти упражнения во время нашей сессии, а также в качестве своего домашнего задания.

**Упражнение "Молоко, молоко, молоко".** Как указывалось в главе 6, вы можете ознакомить клиентов с этим упражнением либо тогда, когда сами посчитаете нужным, либо спонтанно, в ответ на негативные самооценки ваших клиентов. Например, предложите клиенту, который назвал себя болваном, быстро повторять вместе с вами ключевое слово "болван".

**Упражнения "Повторение на другой лад".** Эти упражнения, о которых я также рассказывал в главе 6, можно выполнить, взяв за основу автоматические мысли, возникающие у клиентов во время сессии, или мысли, выявленные в процессе выполнения домашнего задания.

**Упражнение 'Инвентаризация".** Используйте для выполнения этого упражнения на разделение, также описанного в главе 6, перемену в настроениях или эмоциональных реакциях вашего клиента. Как альтернативный вариант, попросите своего клиента вспомнить какой-либо из недавних случаев, который показался ему особенно депрессивным (желательно, чтобы в этом случае клиенту было затруднительно вести себя согласно своим ценностям). Например, попросите клиента, который предпочел тогда смотреть какую-то телепрограмму, вместо того, чтобы исполнить свое давнее обещание и пойти с детьми в зоопарк, перечислить мысли, чувства и другие личные события, возникающие у него при воспоминании о том случае. Если в ходе этой сессии вы будете испытывать нехватку времени, ознакомьте клиента в первую очередь с этой конкретной техникой разделения, поскольку она станет частью его домашнего задания на предстоящую неделю.

## 4. Принятие нежелательных эмоций

Только что описанные техники разделения ориентированы главным образом на беспокоящие автоматические мысли. На данном этапе

ознакомьте клиентов также с некоторыми интервенциями, способствующими принятию соответствующих эмоций, которые также были объектом усилий экспериенциального контроля. Как и в случае процедур разделения, поработайте с беспокоящими эмоциями, возникающими во время сессии, хотя их можно также, при необходимости, вызвать у клиента, попросив его вспомнить какое-либо депрессивное жизненное событие.

**Упражнение "Физикализация".** Из двух интервенций принятия, с которыми можно ознакомить клиентов во время этой сессии, это несколько больше подходит для работы с наведенными эмоциями. За рекомендациями, касающимися ознакомления клиентов с этим упражнением, обратитесь к главе 6, где оно было описано впервые.

**Упражнение "Посидите спокойно со своими чувствами".** Эта интервенция, также описанная в главе 6, предпочтительна при проведении работы по принятию с "горячими эмоциями", которые могут спонтанно возникать во время сессии при обсуждении определенных тем или вопросов. Ознакомьте клиентов с этим упражнением, после того как заметите у них существенную перемену настроения или эмоциональную реакцию, проявляющиеся в изменениях жестикуляции, выражений лица или в плаче. На данном этапе у вас нет необходимости знакомить клиента с техниками и упражнениями по разделению и принятию именно в той последовательности, какая предлагается здесь. Лучше, если вы проявите более гибкий подход и будете знакомить клиентов с этими техниками и упражнениями в моменты, которые покажутся вам наиболее подходящими для этого.

## 5. Выдача домашнего задания

К следующей сессии ваши клиенты должны выполнить два домашних задания. На их выполнение отводится одна неделя.

**Упражнение "Инвентаризация".** Для выполнения этого домашнего задания выдайте клиенту достаточное количество экземпляров формы "Инвентаризация" (приложение Б), которая обсуждалась в главе 6. Проинструктируйте клиента, что он должен заполнять поля этой формы, описывая случаи, которые повергали его в депрессию и/или мешали

ему преследовать цели, отвечающие его ценностям, или заниматься делами, отвечающими его ценностям.

**Упражнение "Причины депрессии".** Это второе домашнее задание призвано обеспечить на следующей сессии переход от работы по разделению к объяснению причин возникновения депрессии. Вручите своему клиенту экземпляр упражнения "Причины депрессии" (приложение В), дополнив его следующим комментарием.

> Как мы уже говорили сегодня, наше сознание постоянно нашептывает нам то одну, то другую мысль. Помимо всего прочего, наше сознание предлагает нам объяснения всевозможных проблем, которые ему удается выявить. Поэтому вполне вероятно, что ваше сознание уже выявило какие-то причины вашей депрессии. Если вы не возражаете, я хотел бы, чтобы вы взяли эту форму и заполнили ее. Это будет частью вашего домашнего задания на предстоящую неделю.
>
> Не слишком переживайте по поводу правильного выполнения этого домашнего задания. Если при заполнении этой формы у вас возникают какие-то новые мысли, отразите и их. Назначение этой формы заключается в том, чтобы помочь вам как можно лучше разобраться в причинах, которые могли вызвать у вас депрессию, поэтому вам следует изложить любые причины, которые могли, на ваш взгляд, вызвать у вас депрессию. Принесите заполненную форму на следующую сессию. В начале этой сессии мы потратим какое-то время на обсуждение сформулированных вами причин.

# Сессия 4

У этой сессии две цели:

- распространить работу по разделению на самооценки и формулирование причин;
- ознакомить клиентов с понятием майндфулнесс.

## *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (5 мин.).
2. Отличие самооценок от описаний (15 мин.).

3. Разделение формулирования причин (15 мин.).
   - Упражнение “Почему, почему, почему?”
   - Метафора “Проколотая шина”
   - Интервенция “Никаких возражений”
4. Упражнение “Изюминка” (15 мин.).
5. Выдача домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Упражнение “Написание вашей жизненной истории”

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Первую половину этой сессии можно рассматривать как продолжение домашних заданий, выданных на прошлой сессии. Следовательно, в начале этой сессии уделите несколько минут анализу выполнения домашних заданий, выданных на прошлой сессии — упражнения “Инвентаризация” и упражнения “Причины депрессии”, — и ознакомлению с реакциями клиента на выполнение этих упражнений или трудностями, с которыми он столкнулся при выполнении этих упражнений. Из этих двух упражнений более сложным для клиентов, по-видимому, окажется упражнение “Причины депрессии”. Поэтому запаситесь еще двумя незаполненными формами (приложение В) на тот случай, если в ходе этой сессии возникнет необходимость выполнить это упражнение еще раз.

### 2. Отличие самооценок от описаний

Идентифицируйте некоторые из типичных негативных самооценок вашего клиента, которые вы будете использовать в качестве примеров при объяснении разницы между оценочными и описательными формулировками. Воспользуйтесь для этой цели результатами выполнения домашнего задания “Инвентаризация” и/или упражнения “Мысли на карточках”. Прежде всего представьте своим клиентам

адаптированный вариант метафоры “Плохая чашка”, обсуждавшийся в главе 6 и использовавшийся для уяснения разницы между оценкой объектов и их описанием. Затем согласно тому, что было сказано в главе 6, распространите это различие на собственные самооценки клиента. После этого посоветуйте своим клиентам во всех случаях, когда это будет уместно, четко представлять любые негативные высказывания в отношении самих себя как самооценки (например, “Я оцениваю свое поведение как ...”).

## 3. Разделение формулирования причин

Как я уже говорил, вашей первой задачей в том, что касается цели разделения формулирования причин, является получение от вашего клиента результатов выполнения упражнения “Причины депрессии”. Если клиент не выполнил это упражнение в течение прошедшей недели (чем бы он ни объяснял это), заставьте его выполнить это упражнение во время сессии, оказывая ему всю необходимую помощь. Затем используйте изложенные в главе 6 рекомендации по обработке результатов выполнения этого упражнения. При этом делайте акцент на функциональности формулирования причин как процесса, а не на оправданности, разумности, логичности или обоснованности той или иной причины. Например, сошлитесь на любые метафоры, которые вы использовали для индуцирования у клиента креативной безнадежности.

> Помогает ли вам этот поток мыслей, исходящих из вашего сознания, избавиться от депрессии или, наоборот, еще больше погружает вас в депрессию? Не является ли это еще одним способом углубления ямы или попыткой победить своего монстра депрессии в соревновании по перетягиванию каната? Какую реальную пользу приносит бесконечный анализ причин возникновения у вас депрессии, подсказываемых вашим сознанием?

**Упражнение “Почему, почему, почему?”.** Представьте своему клиенту следующее короткое упражнение, чтобы еще больше подчеркнуть произвольность процесса формулирования причин [*Strosahl* et al., 2004, table 2.3; *Zettle* & *Hayes*, 2002, p. 47].

*Терапевт.* Если вы не возражаете, мне хотелось бы, чтобы вы поучаствовали вместе со мной в выполнении небольшого упражнения. Это упражнение поможет вам лучше понять механизм действия формулирования причин. Допустим, у меня есть две порции мороженого — одно ванильное, а другое шоколадное. Какое из них вы выбираете?

*Клиент.* Шоколадное.

*Терапевт.* Почему?

*Клиент.* Потому что я люблю его больше, чем ванильное.

*Терапевт.* Почему?

*Клиент.* Потому что оно приятнее на вкус.

*Терапевт.* Почему?

*Клиент.* Не знаю... Просто нравится.

*Терапевт.* Почему?

*Клиент.* Не знаю, что еще можно сказать по этому поводу.

*Терапевт.* Итак, перебрав все возможные причины вашего предпочтения шоколадного мороженого, вы так и не смогли докопаться до его первопричины. И если ваше сознание не смогло докопаться до первопричины такой простой вещи, как ваше предпочтение шоколадного мороженого, как же оно может докопаться до первопричины возникновения у вас столь сложного расстройства, как депрессия?

**Метафора "Проколотая шина".** Затем представьте своим клиентам метафору "Проколотая шина", как она описана в главе 6, чтобы показать, как руминативное формулирование причин мешает вашим клиентам жить в соответствии с их собственными ценностями. Начните примерно с такой фразы: "А сейчас посмотрим на то, как попытки установить первопричину возникновения у вас депрессии могут влиять на ваши представления о том, какой вы хотели бы видеть свою жизнь".

**Интервенция "Никаких возражений".** Этот сегмент сессии дополняет метафору "Проколотая шина", рассматривая другие пути, какими

процесс формулирования причин может создавать помехи действиям клиента в соответствии с его собственными ценностями [*Hayes* et al., 1999, pp. 166–168]. Выдвигаемые депрессивными клиентами причины того, почему они не преследуют цели, отвечающие их ценностям, обычно включают личные события (например, "Мне хотелось бы сменить место работы, но мне не хватает уверенности в себе"). Данная интервенция способствует разделению с такими самооправданиями. Кроме того, как я предполагал в конце предыдущей главы, она может также способствовать продвижению контекстуального *Я* ваших клиентов вследствие ее акцента на принятии определенной точки зрения при реагировании на казалось бы несовместимые личные события.

Мы уже говорили о том, как сознание подсказывает вам возможные причины совершения вами тех или иных поступков, например почему вы предпочитаете один сорт мороженого другим его сортам. Рассмотрим, почему наше сознание оказывает нам плохую услугу, когда нам приходится объяснять — самим себе или другим людям, — почему мы не делаем то, что полезно и важно для нас. (*Если возможно, приведите пример, непосредственно касающийся вашего клиента, желательно из того, что вы услышали от него во время сессии.*) Вам уже приходилось, наверное, слышать что-то наподобие: "Мне нравится проводить время со своими детьми, но мне просто не хватает сил на это"? Так обычно рассуждает наше сознание. В таких рассуждениях нет ничего необычного — наше сознание делает лишь то, что ему положено делать. Однако причины, которые придумывает наше сознание, чтобы оправдать наши поступки или бездействие, способны загнать нас в угол.

Таким образом, то, что предполагает наше сознание, когда навевает нам, например, такую мысль: "Я попросил бы начальника повысить меня в должности, но опасаюсь, что получу отказ", указывает на наличие у нас двух несовместимых между собой эмоций: желания получить повышение в должности и боязни попросить об этом. Когда вы проникаетесь тем, что нашептывает вам сознание, боязнь получить отказ в повышении мешает вам высказать свою просьбу начальнику. Если бы не эта боязнь, вы попросили бы начальника о повышении в должности. Поэтому, чтобы вы могли высказать начальнику свою просьбу, нам нужно сначала избавиться от своей боязни. Но что происходит, когда вы пытаетесь избавиться от нежелательных для себя чувств и эмоций?

Если вам не хочется иметь чего-то, то это "что-то" обязательно появится у вас. Таким образом, прислушиваясь к тому, что нашептывает вам сознание, вы не получаете повышения в должности, и к тому же вам приходится вступить в борьбу еще с одним монстром — монстром страха.

Посмотрим, как вы — именно вы, а не ваше сознание — можете изменить то, что нашептывает вам сознание, и что может произойти, когда вы избавитесь от своих "но". Вот небольшое соглашение, которому мы можем следовать здесь (кроме того, я призываю вас практиковать это в качестве своего домашнего задания). Попытайтесь ловить себя за руку каждый раз, когда в вашем сознании возникает очередное "но", и заменять его словом "и". Поэтому вместо фразы "Я попросил бы начальника повысить меня в должности, но опасаюсь, что получу отказ" произносите фразу "Я попросил бы начальника повысить меня в должности и опасаюсь, что получу отказ".

Впоследствии примените (в игровой манере) урок этой интервенции к тому, что вы и ваш клиент будете говорить в оставшееся время сессии. Поправляйте — в несколько смущенной, но (или здесь все-таки должно быть "и"?!) достаточно твердой манере — своего клиента каждый раз, когда услышите от него "но"; вместе с тем попросите своего клиента мягко поправлять вас каждый раз, когда он услышит "но" от вас.

## 4. Упражнение "Изюминка"

Если вы намерены на протяжении четырех недель придерживаться той последовательности упражнений на майндфулнесс, которая предложена в предыдущей главе, представьте начальное упражнение прямо сейчас. Рассказывая клиентам о какой-либо версии упражнения "Изюминка" в частности и логическом обосновании упражнений на майндфулнесс в целом, следуйте рекомендациям, изложенным в главе 8. Укажите своему клиенту, что оба вы рассматривали разные способы реагирования на мысли и чувства, причем эти способы либо еще больше погружают человека в депрессию, либо помогают ему вести более полноценную жизнь. Майндфулнесс — это еще один способ, с помощью которого клиент может вернуться к полноценному образу жизни.

### 5. Выдача домашнего задания

Выдайте своим клиентам две формы домашнего задания, которые нужно заполнить к следующей сессии.

**Упражнение на майндфулнесс.** Выдайте каждому из своих клиентов по экземпляру "Дневника упражнений на майндфулнесс" (приложение 3) и попросите их до следующей сессии выполнять по одному упражнению каждый день, следуя рекомендациям, изложенным в предыдущей главе.

**Упражнение "Написание вашей жизненной истории".** Кроме того, попросите своих клиентов написать в качестве своего домашнего задания начальную версию своей жизненной истории. Выдайте каждому из них по экземпляру соответствующей формы (приложение Г) в соответствии с рекомендациями, касающимися этого упражнения (глава 6).

## Сессия 5

У этой сессии четыре цели:

- распространить работу по разделению на жизненную историю;
- распространить майндфулнесс-упражнения на выполнение повседневных дел;
- начать продвижение *Я* как контекста;
- продолжить выяснение ценностей клиента.

### *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение "Написание вашей жизненной истории"
   - Упражнение на майндфулнесс
2. Осознанное выполнение повседневных дел (15 мин.).
3. Метафора "Шахматная доска" (10 мин.).
4. Косвенное оценивание ценностей (15 мин.).

- Путем прояснения негативных последствий борьбы с депрессией
- Путем постановки терапевтических целей
- Вспомните свои детские желания
- Чьей жизнью вы восхищаетесь?
- Чему вы хотели бы посвятить свою жизнь?
- Упражнение "Эпитафия"

5. Выдача домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Упражнение "Переписывание вашей жизненной истории"

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Ввиду той последовательности действий, в какой выстроена эта сессия, два домашних задания нужно анализировать в той последовательности действий, в какой они обсуждаются ниже.

**Упражнение "Написание вашей жизненной истории".** Прежде всего, выясните, выполнил ли ваш клиент это домашнее задание. Если не выполнил, перенесите его на следующую неделю или, если это возможно, попросите клиента выполнить его после сессии (но до того как он отправится домой). Если же он выполнил это домашнее задание, то вместе с клиентом (как указывалось в главе 6) подчеркните личные факты, содержащиеся в этой истории. Сообщите клиенту, что одним из заданий на следующую неделю, которое будет подробно описано в конце этой сессии, является такое переписывание этой жизненной истории с использованием подчеркнутых вами фактов, чтобы эта история не завершалась наступлением депрессии.

**Упражнение на майндфулнесс.** Проанализируйте дневник клиента "Упражнение на майндфулнесс", чтобы определить, как часто клиент в течение этой недели осознанно принимал пищу или пил. Если

клиент не выполнил это упражнение как минимум три раза, опишите ему упражнение “Изюминка” еще раз во время очередного сегмента этой сессии, но с использованием какого-то другого продукта питания. Сделайте это, прежде чем перейти к следующему шагу в череде упражнений на майндфулнесс. Если же клиент выполнил это домашнее задание, проанализируйте реакции, возникавшие у него при выполнении этого домашнего задания, в открытой и безоценочной манере.

## 2. Осознанное выполнение повседневных дел

Перейдите к следующему шагу в процессе выработки осознанного выполнения любых действий, выполнив упражнение “Ходьба”, описанное в главе 8. После выполнения этого упражнения уделите какое-то время выяснению и анализу реакции вашего клиента на это упражнение.

## 3. Метафора “Шахматная доска”

К этому моменту рассматриваемого нами протокола клиент уже успеет освоить и выполнить несколько упражнений и техник на разделение, принятие и майндфулнесс, которые косвенно способствуют трансцендентному ощущению собственного *Я*. А сейчас сделайте более четкий акцент на *Я* как контексте, представив клиенту метафору “Шахматная доска” согласно рекомендациям, изложенным в предыдущей главе. Предварите свою презентацию метафоры “Шахматная доска” примерно такими словами.

> До сих пор мы рассмотрели несколько способов, посредством которых вы можете по-разному реагировать на мысли и чувства, которые втягивают вас в борьбу с ними. Это может оказаться подходящим моментом для того, чтобы сделать шаг назад и повнимательнее присмотреться к связи между вами, с одной стороны, и мыслями и чувствами, с которыми вы пытаетесь бороться, с другой стороны.

Если позволяет время, вы можете дополнить метафору “Шахматная доска” другой метафорой, “Мебель в доме” [*Strosahl* et al., 2004, table 2.5], которая еще больше проясняет разницу между *Я* как контекстом и содержанием психологического опыта. Можете обратиться к клиенту со следующими словами.

Еще один способ взглянуть по-новому на связь между вашим *Я*, у которого есть мысли и чувства, которые втягивают вас в борьбу с ними, и теми же самыми мыслями и чувствами, заключается в том, чтобы рассматривать их как предметы обстановки в доме. Допустим, вы построили дом стоимостью несколько миллионов долларов, но обставили его мебелью, купленной вами на какой-то "барахолке" или в магазинах уцененных товаров. Снижает ли такая мебель стоимость вашего дома? Допустим, вы купили дом, построенный из картонных коробок, но решили обставить его очень дорогой мебелью. Способна ли эта дорогостоящая мебель как-то изменить природу вашего картонного дома или его стоимость? Может быть, вы сами являетесь неким подобием дома, а ваши мысли и чувства похожи на предметы обстановки в нем? Возможно, вам нравится что-то из вашей мебели, а что-то не нравится. Но мебель — это не дом, а вы — это не то же самое, что ваши мысли и чувства. Дом представляет собой лишь контекст, в котором стулья, диваны, столы, и т.д. могут быть мебелью, которая ничего не добавляет к стоимости дома и ничего не отнимает от нее.

## 4. Косвенное оценивание ценностей

Хотя какая-то предварительная работа по оцениванию ценностей клиента уже проводилась во время первой сессии, я рекомендую вам продолжить сейчас оценивание ценностей клиента, чтобы гарантировать, что направление лечения в целом выбрано правильно и соответствует ценностям вашего клиента. Ниже перечислены все косвенные способы, которые могут использоваться для решения этой задачи и которые подробно описаны в главе 7. Вы не обязаны использовать *все* эти процедуры. Выбирайте то, что вам кажется наиболее подходящим в каждом конкретном случае.

**Путем прояснения негативных последствий борьбы с депрессией.** При необходимости поясните клиенту еще раз, почему депрессия так депрессивна, обсудив цели, которые отвечают ценностям клиента, но которыми пришлось поступиться в процессе борьбы с депрессией: "Что важное для себя вы упустили в жизни в результате вашей борьбы с депрессией?"

**Путем постановки терапевтических целей.** Убедитесь в том, что терапевтические цели, идентифицированные во время сессии 1,

не изменились, а если они изменились, убедитесь в том, что любые новые цели совместимы с АСТ и соответствуют ценностям клиента.

**Вспомните свои детские желания.** Как я указывал в главе 7, оценивание ценностей путем обращения к детским воспоминаниям клиентов (их детские надежды, мечты и т.п.) особенно рекомендуется в случае клиентов, которые заявляют об отсутствии у них каких-либо ценностей и отказе от преследования целей, которые были когда-то в их жизни.

**Чьей жизнью вы восхищаетесь?** Выясните у клиента, кто является его кумиром и образцом для подражания и какие жизненные ценности, по его мнению, воплощаются в этих людях.

**Чему вы хотели бы посвятить свою жизнь?** Попросите своего клиента поговорить о том, чем он хотел бы запомниться людям и/или какие его личные качества должны были бы, по его мнению, превозносить его друзья и члены его семьи, вспоминая о нем.

**Упражнение "Эпитафия".** Попросите своего клиента указать, какую надпись, характеризующую его, он хотел бы увидеть на своем надгробии.

## 5. Выдача домашнего задания

**Упражнение на майндфулнесс.** Как я рекомендовал в предыдущей главе, выдайте клиенту новый дневник упражнений на майндфулнесс (приложение З), в котором могут быть перечислены повседневные дела, которые клиент намерен выполнять осознанно. Посоветуйте клиенту каждый день выполнять осознанно по меньшей мере одно дело.

**Упражнение "Переписывание вашей жизненной истории".** Выдайте клиенту соответствующую форму (приложение Г), на которой он сможет изложить новую версию своей жизненной истории. Проинструктируйте его, что нужно взять факты, которые были подчеркнуты в его первоначальной версии своей жизненной истории, и использовать все эти факты в своей новой версии, у которой должно быть недепрессивное завершение.

# Сессия 6

У этой сессии три цели:

- выполнить разделение с жизненной историей;
- распространить продолжение выработки майндфулнесс на дыхание;
- продолжить выработку трансцендентного ощущения собственного *Я*.

## *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (15 мин.).
   - Упражнение "Переписывание вашей жизненной истории"
   - Упражнение на майндфулнесс
2. Упражнение "Осознанное дыхание" (15 мин.).
3. Упражнение "Наблюдатель" (20 мин.).
4. Выдача домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Анкета "Ценности"

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Из двух домашних заданий на эту неделю проанализируйте в первую очередь переписывание жизненной истории, чтобы ваше обсуждение второго домашнего задания могло послужить вступлением к следующему упражнению на майндфулнесс.

**Переписывание вашей жизненной истории.** Проанализируйте вместе с клиентом переписанную жизненную историю, чтобы убедиться в том, что те же факты, которые содержатся в первоначальной версии, теперь приводят к другому результату. Как указывалось в главе 6, не исключена ситуация, когда в ходе выполнения этого домашнего задания

клиент выявляет какие-то новые факты и включает их в переписанную версию своей жизненной истории. Не забывайте, что цель этого упражнения заключается в том, чтобы ослабить хватку, с которой клиент нередко цепляется за свою жизненную историю, а вовсе не в том, чтобы убедить его в предпочтительности другой версии, за которую они могут ухватиться с не меньшей силой. Ваша задача заключается в том, чтобы продвигать другие *возможности*, а не альтернативные реалии.

**Упражнение на майндфулнесс.** Обратитесь вместе со своим клиентом к дневнику упражнений на майндфулнесс, чтобы определить, выполнял ли он каждый день осознанно по меньшей мере одно из своих повседневных занятий в течение прошедшей недели. Воспользуйтесь теми же рекомендациями, которые излагались ранее, чтобы решить, готов ли ваш клиент перейти к следующему этапу в последовательности упражнений на майндфулнесс. Если ваш клиент не выполнил это упражнение по меньшей мере трижды, попытайтесь руководить осознанным выполнением этим клиентом какого-либо другого повседневного занятия (например, потягиванием, надеванием и снятием пальто или подъемом по лестнице) во время сессии, вместо того чтобы сразу же переходить к упражнению "Осознанное дыхание".

## 2. Упражнение "Осознанное дыхание"

Знакомя своего клиента с этим упражнением, следуйте рекомендациям из предыдущей главы. После выполнения этого упражнения отведите по меньшей мере пять минут, чтобы проанализировать реакции клиента на него и предоставить ему небольшой перерыв, прежде чем перейти к следующему упражнению — "Наблюдатель".

## 3. Упражнение "Наблюдатель"

Как рекомендовалось в предыдущей главе, предварите это упражнение ссылкой на метафору "Шахматная доска" из предыдущей сессии. Продвижение майндфулнесс и *Я* как контекста может происходить одновременно и синергистически. Таким образом, ознакомление

клиентов с упражнением “Наблюдатель” служит мостом, который связывает работу по майндфулнесс, уже выполненную вами к этому моменту, и финальный шаг в этой последовательности, включающий мысли и чувства, с которыми вам предстоит разобраться на следующей сессии. Представляя это упражнение своим клиентам, выполняйте рекомендации, изложенные в предыдущей главе.

### 4. Выдача домашнего задания

На следующую неделю клиенту выдаются два домашних задания, которые могут обсуждаться в любой последовательности.

**Упражнение на майндфулнесс.** Выдайте клиенту еще один экземпляр дневника упражнений на майндфулнесс (приложение З), а также связанный с ним раздаточный материал (приложение И) — компакт-диск или аудиокассету, — который поможет клиенту выполнить упражнение “Осознанное дыхание”. Попросите клиента выполнять это упражнение по меньшей мере дважды каждый день и медленно наращивать продолжительность выполнения этого упражнения с пяти минут в начале недели до пятнадцати минут в конце недели.

**Анкета “Ценности”.** Также попросите своего клиента заполнить, в качестве домашнего задания, одну из анкет оценки ценностей, описанных ранее, — либо PVQ (приложение Д), либо VLQ (приложение Е), — если ни та, ни другая не заполнялась клиентом на долечебной стадии.

## Сессия 7

У этой сессии несколько целей:

- распространить продолжение выработки майндфулнесс на мысли и чувства;
- продолжить работу по оцениванию и прояснению ценностей клиента;
- идентифицировать цели, совместимые с ценностями клиента;
- побуждать клиента к соответствующим ответственным действиям.

## *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (5 мин.).
2. Осознанное мышление и чувствование (15 мин.).
3. Непосредственное оценивание ценностей (10 мин.).
4. Идентификация целей (10 мин.).
5. Побуждение клиента к ответственным действиям (15 мин.).
   - Барьеры в окружающей среде
   - Экспериенциальные барьеры
6. Выдача домашнего задания (5 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Ответственные действия

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Просмотрите записи в дневнике упражнений на майндфулнесс, чтобы выяснить, сколько раз ваш клиент практиковал осознанное дыхание в течение прошедшей недели. Если клиент не практиковал это упражнение по меньшей мере один раз в день и/или к этому времени не затрачивает на него каждый раз по меньшей мере десять минут, еще раз разъясните ему упражнение на осознанное дыхание во время сессии и еще раз назначьте ему выполнение этого упражнения в качестве домашнего задания; лишь после этого можно переходить к последнему шагу в обучении майндфулнесс. Кроме того, проверьте, заполнил ли клиент анкету “Ценности”.

### 2. Осознанное мышление и чувствование

Представляя клиентам одно из упражнений на майндфулнесс — “Военные на параде”, “Листья в ручье”, “Ход мысли” или “Созерцание облаков”, — следуйте рекомендациям, изложенным в предыдущей главе.

## 3. Непосредственное оценивание ценностей

Проанализируйте вместе с клиентом заполненную им анкету PVQ или VLQ, чтобы составить приоритизированный перечень ценностей этого клиента. Как указывалось в главе 7, избегайте излишнего давления на своих клиентов и попытайтесь оценить степень соответствия тому, что удалось вам выявить в ходе косвенного оценивания ценностей этого клиента, предпринятого во время пятой сессии. Ваша задача заключается в том, чтобы идентифицировать некую исходную ценность клиента, вокруг которой может вестись обсуждение и постановка соответствующих целей, прежде чем переходить к идентификации целей.

## 4. Идентификация целей

Работая со своим клиентом над составлением перечня целей, тесно связанных с важнейшей ценностью этого клиента, следуйте рекомендациям, изложенным в главе 7. Например, "оказывать жене бóльшую помощь в ведении домашнего хозяйства" и "каждый день уделять время выслушиванию проблем, волнующих жену" могут быть целями, отвечающими такой ценности, как "быть более заботливым супругом". Какие-то из целей могут быть более долгосрочными и требовать нескольких последовательных шагов для их осуществления, тогда как другие можно осуществлять практически ежедневно. В любом случае вам нужно отвести достаточно времени для того, чтобы идентифицировать какую-то конкретную цель, отвечающую ценностям клиента, которую этот клиент способен осуществить за время, остающееся до начала следующей сессии. Если позволяет время, составьте также списки целей, отвечающих другим ценностям этого клиента.

## 5. Побуждение клиента к ответственным действиям

Определите какое-то конкретное действие, которое ваш клиент мог бы выполнить в качестве домашнего задания и которое было бы направлено на достижение только что идентифицированной вами цели. Если, например, цель клиента заключается в том, чтобы пойти на "свидание" со своей женой (совместный поход в ресторан, а затем в кино), то этому клиенту, возможно, придется забронировать места в ресторане, выбрать

подходящий кинотеатр и кинофильм, а также подумать над тем, как им спланировать свое время для похода в ресторан и в кино. В случае необходимости задайте несколько раз один и тот же вопрос: "Что вам нужно сделать для осуществления этой цели?" После получения удовлетворительного ответа на этот вопрос переходите к обсуждению с клиентом препятствий, которые могут возникнуть на пути ответственных действий, спросив у клиента: "Что могло бы помешать вам сделать то, что вам нужно сделать для достижения этой цели?"

**Барьеры в окружающей среде.** Идентифицируйте и обсудите со своим клиентом варианты возникновения внешних препятствий, которые могут создавать помехи целеустремленному поведению. Например, возможно, придется внести изменения в предполагаемое место вашего совместного ужина (ресторан) и место, где вы намеревались посмотреть кино (кинотеатр), если важным ограничивающим фактором окажется финансовый вопрос.

**Экспериенциальные барьеры.** Попросите своего клиента сначала рассказать о том, какие мысли и чувства возникают у него, когда он воображает, как он будет совершать сам*о* ответственное действие или действия, ведущие к ответственному действию (например, заказ столика в ресторане). Затем попросите своего клиента указать, в какой степени такие личные события могут стоять на пути ответственного действия и как клиент мог бы применить какие-то из освоенных им процедур разделения и принятия. Сошлитесь на майндфулнесс-упражнение, представленное ранее на этой сессии ("Возможно ли «просто фиксировать» любые мысли и чувства, возникающие у вас?"), и сошлитесь на трансцендентное чувство собственного *Я* клиента ("Возможно ли, чтобы «наблюдающее вы» — вы как шахматная доска — решили переменить место, взяв с собой любые мысли и чувства, мешающие вам делать то, что вам нужно сделать для достижения своей цели?").

Наконец, прежде чем покончить с домашним заданием, внесите небольшие исправления в то, как ваш клиент может реагировать на дополнительные экспериенциальные барьеры, которые еще не рассматривались вами, но которые могут возникнуть на пути ответственного действия, обратившись к нему примерно с такими словами.

Вы сказали, что не замечаете каких-либо негативных мыслей и чувств, когда мы говорим сейчас об этом, — мыслей и чувств, которые помешали бы вам планировать "свидание" с вашей женой и осуществлять эту цель. Допустим, что вы уже все устроили, но по мере приближения даты вашего "свидания" у вас возникает мысль о том, что вы выбрали не самый подходящий для этого случая ресторан и кинотеатр, и у вас появляется чувство, что вам не хватает эмоционального "заряда", чтобы составить хорошую компанию своей жене. Что вы могли бы сделать в этом случае?

### 6. Выдача домашнего задания

На следующую неделю клиенту выдаются два домашних задания.

**Упражнение на майндфулнесс.** Выдайте клиенту еще один экземпляр дневника упражнений на майндфулнесс (приложение З), а также связанный с ним раздаточный материал (приложение Й) и/или компакт-диск/аудиокассету, который поможет клиенту выполнить упражнение "Наблюдение за своими мыслями". Следуйте рекомендациям, изложенным в предыдущей главе, и попросите клиента выполнять это упражнение по меньшей мере дважды каждый день и постепенно наращивать продолжительность выполнения этого упражнения до пятнадцати минут в конце недели.

**Ответственные действия.** Выдайте своему клиенту экземпляр формы "Цели–действия" (приложение Ж). В соответствующих полях этой формы укажите цель, идентифицированную ранее на этой сессии, и соответствующие действия, которые клиент согласился выполнить как часть его домашнего задания. Наконец, обсудите со своим клиентом, как фиксировать любые барьеры, с которыми он столкнется при выполнении этого домашнего задания.

## Сессия 8

У этой сессии четыре цели:

- определить статус дальнейшего освоения майндфулнесс;
- прояснить природу ответственности;

- продолжить рассмотрение способов преодоления барьеров на пути ответственного действия;
- продолжить продвижение ответственного действия путем выдачи соответствующего домашнего задания.

## *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Ответственное действие
2. Природа ответственности (20 мин.).
   - Упражнение "Пытаемся или делаем?"
   - Частичная приверженность или полная приверженность?
3. Преодоление барьеров на пути ответственного действия (20 мин.).
   - Метафора "Пассажиры в автобусе"
   - Выбираем или принимаем решение?
   - Метафора "Трясина"
4. Выдача домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Ответственное действие

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

В начале сессии уделите несколько минут проверке выполнения домашнего задания, выданного на предыдущей сессии. Если домашнее задание не было выполнено, выясните, что именно помешало его выполнению. Ваш подход к этой сессии должен быть разным для клиентов, которые успешно справились с обоими домашними заданиями, и клиентов, которые не выполнили оба или какое-то одно из этих заданий.

Получение этой информации в начале сессии поможет вам правильно структурировать оставшуюся часть этой сессии.

**Упражнение на майндфулнесс.** Проверьте записи в дневнике упражнений на майндфулнесс, чтобы выяснить, практиковали ли ваши клиенты осознанное мышление. Если они не выполняли это упражнение по меньшей мере один раз в день в течение не менее десяти минут каждый раз, выделите какое-то время на этой сессии (из второго и третьего пунктов повестки), чтобы представить клиентам одно из этих упражнений (например: "Военные на параде" или "Листья в ручье").

**Ответственное действие.** Обратитесь к форме "Цели–действия", чтобы выяснить, совершал ли ваш клиент какие-то действия, направленные на достижение цели, согласованной вами с клиентом при выдаче ему домашнего задания. Обратите внимание на барьеры в окружающей среде или экспериенциальные барьеры, которые могли препятствовать выполнению домашнего задания, чтобы проанализировать их впоследствии на этой же сессии, а также барьеры, которые клиенту удалось преодолеть при совершении им действий, направленных на достижение цели.

## 2. Природа ответственности

Продолжите прояснение природы ответственных действий, что должно способствовать выработке у клиента поведения, направленного на достижение поставленных целей. В каком-то смысле это может оказаться более легкой задачей, если вашему клиенту не удалось выполнить домашнее задание, поскольку этот опыт можно использовать для демонстрации ряда критических аспектов ответственности. Если же ваш клиент выполнил домашнее задание, рассматривайте этот пункт повестки как более "профилактический" по своей природе.

**Упражнение "Пытаемся или делаем?"** Если ваш клиент не выполнил это домашнее задание, то вполне вероятно, он скажет вам, что пытался выполнить его. Это будет удачным поводом к тому, чтобы подчеркнуть разницу между *совершением* действий, направленных на достижение поставленной цели, и *попытками* исполнять взятые на себя

обязательства, представив клиенту упражнение, описанное в главе 7. Напоминаю, в этом упражнении клиенту предлагалось *попытаться* взять в руку карандаш или какой-либо другой объект.

**Частичная приверженность или полная приверженность?** Нередко клиенты говорят, что выполнили не все домашнее задание, а лишь часть его. Например, клиент, который поставил перед собой цель устроить романтическое "свидание" со своей женой, заявляет вам на следующей сессии, что он не пошел с женой в ресторан и в кино, но вместо этого они смотрели вечером у себя дома какой-то фильм на DVD. Разумеется, такой вариант романтического "свидания" все же лучше, чем вообще ничего, поскольку соответствует ценностям этого клиента (одна из которых заключается в том, чтобы быть заботливым супругом), он все же представляет собой неудачную попытку исполнить взятые на себя обязательства и должен рассматриваться именно так, а не иначе.

Представьте клиенту упражнение "Прыжок с высоты", подробно описанное в главе 7 и уподобляющее ответственное действие прыжку с высоты. С точки зрения этого упражнения укажите, что клиент действительно "прыгнул", но прыгнул с небольшой высоты, из чего следует, что этот начальный этап ответственного действия оказался непосильным для клиента. Используйте этот вывод вместе со своим клиентом позже, при выборе подходящего домашнего задания на следующую неделю. Предпочтительно, чтобы клиент взял на себя обязательство прыгнуть с более скромной высоты, чем ставить перед собой задачу более амбициозного уровня, чтобы впоследствии, когда придет время прыгнуть, клиент не испугался и не решил прыгнуть с табуретки, вместо того чтобы прыгнуть с уже заявленной им трехметровой высоты.

## 3. Преодоление барьеров на пути ответственного действия

Как и в случае предыдущего пункта повестки, рассмотрение данного пункта также более уместно, если у вашего клиента возникали нежелательные мысли и чувства, препятствующие ответственным действиям. Даже если это не так, следует все же обсудить с клиентом, как реагировать на возможные экспериенциальные барьеры, поскольку, раньше или позже, ему придется столкнуться с этой проблемой.

**Метафора “Пассажиры в автобусе”.** Представьте клиенту эту метафору, которая была подробно описана в главе 7, чтобы подчеркнуть продолжающееся присутствие личных событий, которые могут блокировать поведение, соответствующее ценностям клиента. Сделайте акцент на склонности пассажиров протестовать и порождать хаос именно в те моменты, когда клиент готов свернуть на путь, соответствующий его ценностям. Пока водитель автобуса не демонстрирует особого желания преследовать эти ценности, пассажиры (такие, как неуверенность в собственных силах и страх будущего) могут вести себя довольно спокойно и послушно, но это кажущееся их “спокойствие” обходится достаточно дорого клиенту, который, из-за своих пассажиров, не может позволить себе вести осмысленную и целеустремленную жизнь.

**Выбираем или принимаем решение?** Упражнение “Почему, почему, почему?” было представлено на сессии 4 как способ разделения с формулированием причин (поиском доводов). На этот раз представьте такую версию данного упражнения, которая позволяла бы снизить способность формулирования причин подрывать ответственные действия, переориентировав это упражнение на выбор ценностей.

*Терапевт.* Большую часть прошлой сессии и немалую часть нынешней сессии мы рассматривали цели, связанные с вашими ценностями, а также действия, которые вы можете предпринять для осуществления этих целей. Но откуда взялись ваши ценности и почему вы выбрали именно эти ценности, а не какие-то другие? Например, вы заявляли, что одна из ваших высших ценностей заключается в том, чтобы быть заботливым родителем. Почему это так важно для вас?

*Клиент.* Мне кажется, человеку вообще не следует заводить детей, если он не намерен должным образом заботиться о них.

*Терапевт.* Почему так?

*Клиент.* Потому что если не заботиться о детях, они не смогут должным образом развиваться, что впоследствии превратится в серьезную проблему для них.

*Терапевт.* Возможно, так оно и есть, но допустим, я скажу, что для меня не важно, смогут ли мои дети развиваться должным образом. Почему это важно для вас? Почему для вас так важно быть заботливым родителем?

*Клиент.* Наверное, потому, что я помню, как меня самого воспитывали родители.

*Терапевт.* А могли бы вы по-прежнему считать важным для себя быть заботливым родителем своих детей, если бы вас в детстве воспитывали по-другому? Возможно ли, чтобы кого-то воспитывали в детстве так, как воспитывали вас, но чтобы этот "кто-то" относился к своим родительским обязанностям по-другому — не так, как вы?

*Клиент.* Наверное, это возможно.

*Терапевт.* Помните наше обсуждение двух порций мороженого? Помните, какую из этих двух порций вы выбрали, и почему?

*Клиент.* Да.

*Терапевт.* А что если свои ценности вы выбираете примерно так, как вы выбираете между двумя порциями мороженого? Я, конечно, не пытаюсь поставить знак равенства между выбором ценностей и выбором между двумя порциями мороженого; я лишь прошу вас подумать о том, не имеем ли мы дело в том и другом случае с практически одним и тем же свободным выбором. Вы можете перечислить мне причины, по которым вы отдаете предпочтение определенному сорту мороженого, подобно тому, как вы сделали это, когда я спросил, почему для вас так важно быть заботливым родителем. Вы отдаете предпочтение шоколадному мороженому по сравнению в ванильным мороженым *из-за* доводов или *с помощью* доводов?

*Клиент.* Если вы ставите вопрос именно так, то, наверное, с помощью доводов.

*Терапевт.* Мог бы я сказать что-нибудь такое (например, привести доводы, которые должны были бы убедить вас стать

родителем, не заботящимся о своих детях), что заставило бы вас изменить свой выбор?

*Клиент.* У вас не нашлось бы таких аргументов.

*Терапевт.* Не говорит ли это о том, что все эти доводы — все, что ваш разум мог бы подсказать вам о том, почему для вас так важно быть заботливым родителем — не более чем пустая болтовня? Возможно ли, чтобы доводы, приводимые нами в оправдание своих поступков, в том числе наши "высшие ценности", это лишь маленькие истории, которые мы рассказываем в оправдание своего выбора? В этом смысле, вы выбираете свои ценности с помощью доводов, а не из-за доводов. Я хотел бы, чтобы вы под таким же углом рассмотрели преследование целей, связанных с вашими ценностями, например поход с детьми в зоопарк. Что если не вы, водитель, а пассажиры автобуса будут выбирать, в какую сторону ему двигаться? Возможно ли иметь полный перечень причин в пользу поворота налево, но в итоге все же повернуть вправо — просто потому, что это направление отвечает вашим ценностям? Являются ли поступки, соответствующие вашим ценностям, совершаемым вами выбором — с помощью доводов, а не из-за доводов, — а не решениями, которые принимаются из-за доводов? Если они являются решениями, то что случится с вашей приверженностью своим ценностям, если изменятся доводы в пользу принятия этих решений? Поэтому отныне, даже если это покажется вам глупым, я предлагаю использовать термин "выбор", чтобы ссылаться на селективные действия, совершаемые той частью вас, которую вы называете собой, "наблюдающим вы", и использовать термин "решение", чтобы ссылаться на селективные действия, совершаемые вашим сознанием, пассажирами автобуса, или шахматными фигурами.

Впоследствии, когда клиент будет сталкиваться с экспериенциальными барьерами во время сессии и вне ее в связи с совершением

ответственных действий (т.е. действий, отвечающих ценностям клиента), он должен всегда отвечать на один и тот же фундаментальный вопрос: "Является ли совершение или не совершение действия X чем-то таким, что ты выбираешь сам, или чем-то таким, что решают за тебя пассажиры автобуса?"

**Метафора "Трясина".** До сих пор при обсуждении на этой сессии барьеров акцент в основном делалася на мыслях и чувствах, которые могут препятствовать началу совершения ответственных действий. Иногда самой сложной проблемой, с которой приходится сталкиваться клиенту, является не начало совершения им действий, направленных на достижение поставленной цели, а его "зацикливание" на этих действиях. Поскольку нежелательные и непредсказуемые личные события могут также случаться в ходе ответственных действий, вам необходимо поработать со своими клиентами над тем, как реагировать на такие обстоятельства. Представьте своим клиентам метафору "Трясина", как описано Хейсом [*Hayes* et al., 1999, p. 248], чтобы вызвать у клиентов решимость перед лицом опасности.

> Вашими ценностями можно воспользоваться для выбора определенного направления движения по жизни (что-то наподобие меток, нанесенных на лимб компаса). Допустим, вы решили двигаться строго на запад. Поэтому, чтобы сориентировать себя в этом направлении, вы выбираете какой-то объект на западном направлении горизонта (например, какую-то горную вершину) и держите курс на эту вершину. Вы начинаете двигаться в этом направлении, и поначалу это продвижение кажется вам легким и приятным. Но вскоре у вас на пути появляется бескрайняя трясина, обойти которую с одной или другой стороны не представляется возможным. Чтобы продолжить движение на запад, вам придется пересечь эту трясину. Допустим, ваш выбор заключается в том, чтобы начать двигаться через трясину. Однако, сделав несколько первых шагов, вы приходите к выводу, что это настолько вонючая и топкая трясина, что продвигаться по ней будет гораздо тяжелее, чем вам казалось поначалу. Теперь перед вами возникает другой выбор: продолжать двигаться дальше или вообще отказаться от мысли продолжать движение на запад. Если вы выберете первый вариант, то готовы ли вы пробираться по этой трясине, если это единственный

способ добраться до намеченной вами горной вершины? Допустим, вы говорите: "Но я выбрал это направление вовсе не для того, чтобы увязнуть в этой вонючей и грязной жиже!" Все правильно: вы выбрали направление на запад и набрели на трясину только потому, что она оказалась на вашем пути в сторону запада. Вы пересекаете трясину не потому, что вам захотелось перепачкаться грязью и провоняться, а потому, что хотите во что бы то ни стало двигаться в выбранном вами направлении. Готовы ли вы увязнуть в этой грязной и вонючей жиже только для того, чтобы сохранить верность своим ценностям?

Как и в случае предыдущей интервенции, напомните об этом своим клиентам, когда в процессе преследования целей, обусловленных их ценностями, они столкнутся с непредвиденными обстоятельствами. Например, "Похоже, вы наткнулись на трясину, которую вы не ожидали встретить на своем пути. Готовы ли вы сделать все, что зависит от вас, для преодоления этой трясины, чтобы в конечном счете оказаться там, где вы хотите оказаться?"

## 4. Выдача домашнего задания

Домашнее задание на эту неделю включает продолжение освоения майндфулнесс и ответственных действий.

**Упражнение на майндфулнесс.** Еще раз выдайте последнее упражнение в череде упражнений на майндфулнесс клиентам, которые не выполнили свое домашнее задание на прошлой неделе. Выдайте им еще один экземпляр дневника упражнений на майндфулнесс (приложение З), чтобы отслеживать достигнутый ими прогресс, и, если необходимо, экземпляр соответствующего раздаточного материала (приложение Й) и/или компакт-диск/аудиокассету. Рекомендуйте продолжать выполнение упражнений на майндфулнесс тем клиентам, которые выполнили всю последовательность этих упражнений.

**Ответственное действие.** Еще раз выдайте домашнее задание, связанное с достижением поставленных целей и выданное на прошлой сессии, тем клиентам, которые не выполнили его. Выберите в качестве домашнего задания какую-то другую форму ответственного действия для тех клиентов, которые не выполнили соответствующее домашнее

задание на прошлой неделе. Рассматриваемое поведение может быть либо связано с домашним заданием прошлой недели как следующий шаг в череде действий, отвечающих определенной ценности клиента, либо не связано с ним и ассоциируется с какой-то другой важной ценностью этого клиента.

Зафиксируйте эту цель и связанное с ней действие на форме "Цели–действия" (приложение Ж), а также обсудите возможные способы совладания клиентов с любыми экспериенциальными барьерами, с которыми они, как им кажется, могут столкнуться. Напомните им о процедурах и техниках разделения, принятия и майндфулнесс, которыми они уже пользовались и могут воспользоваться при реагировании на нежелательные мысли и чувства, которые могут возникнуть у них во время ответственных действий, предусмотренных домашним заданием. Наконец, примите предупредительные меры, заранее спросив у своих клиентов, как они отвечали бы на определенные непредвиденные экспириенсы или реакции, причиняющие беспокойство.

## Сессии 9–11

Основная цель этих трех сессий заключается в том, чтобы:

- стимулировать продолжение действий, направляемых ценностями клиента.

На данном этапе терапии вы должны сосредоточиться главным образом на поддержке непоколебимости своих клиентов при возникновении у них нежелательных мыслей и чувств, которые могли бы ослабить их решимость к продолжению ответственных действий, а не на том, как преодолеть их поведенческую инерцию, мешающую им приступить к ответственным действиям. Соответственно, вторичные цели этих трех сессий таковы:

- повысить готовность клиента испытывать нежелательные мысли и чувства, возникающие в связи с настойчивым совершением ответственных действий;

- прояснить разницу между процессом и результатами совершения ответственных действий;
- продолжить продвижение майндфулнесс.

## *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнения на майндфулнесс
   - Ответственное действие
2. Совладание с успехом (20 мин.).
3. Совладание с неудачей (20 мин.).
   - Метафора "Огород"
   - Метафора "Волшебная таблетка"
4. Выдача домашнего задания (10 мин.).
   - Упражнение на майндфулнесс
   - Ответственное действие

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Поскольку на предыдущей сессии вы попросите своих клиентов продолжать выполнение упражнений на майндфулнесс, а на сессиях 9–11 будете также выдавать им дополнительные домашние задания, связанные с достижением поставленных целей, важно, чтобы в начале каждой сессии вы проверяли выполнение клиентами своих домашних заданий.

**Упражнения на майндфулнесс.** Следите за тем, чтобы ваши клиенты продолжали практиковать упражнения на майндфулнесс, проверяя их дневник упражнений на майндфулнесс (приложение 3) перед началом каждой сессии. Будьте готовы к тому, чтобы в случае необходимости еще раз представить клиенту какое-либо из этих упражнений во время сессии.

**Ответственное действие.** В начале каждой сессии проверяйте, выполнил ли клиент свое поведенческое домашнее задание на эту неделю. Проверьте заполненную форму "Цели–действия" (приложение Ж), чтобы уяснить, с какими экспериенциальными барьерами столкнулся ваш клиент и как эти экспериенциальные барьеры помешали ему выполнить свои домашние задания или, наоборот, как этому клиенту удалось преодолеть эти барьеры. Обсудите со своими клиентами другие способы их возможного реагирования на нежелательные личные события, которые препятствуют совершению ответственных действий. На данном этапе терапии сначала спросите у клиентов, что они сами могли бы сделать, вместо того чтобы разъяснять им, например, какими конкретными техниками разделения и принятия они могли бы воспользоваться. При необходимости, предложите и даже повторно представьте определенные интервенции, такие как ревокализация мыслей и физикализация чувств.

## 2. Совладание с успехом

К этому моменту многие из действий ваших клиентов, обусловленных их ценностями, окажутся успешными в том отношении, что они достигнут поставленных перед собой целей. Однако такие успехи заключают в себе определенную опасность. Одна из проблем, с которыми вы можете столкнуться, заключается в том, что факт достижения цели искажается повесткой экспериенциального контроля. Клиент может, по сути, вернуться к использованию достижения целей как еще одной формы углубления ямы. То есть, клиент может сосредоточиваться в большей степени на том, насколько успешно достижение внешних целей устраняет определенные нежелательные личные события (например, ощущение себя неудачником) и/или вызывает определенные желательные состояния сознания (например, ощущение себя счастливым человеком), чем на том, в какой мере стремление к достижению целей укладывается в общую картину жизни согласно своим ценностям. Например, попытки человека убедиться в том, что достижение определенной цели позволило ему избавиться от нежелательных мыслей, как ни странно, приводят к обратному эффекту — навеиванию нежелательных мыслей,

в результате чего поведение, направленное на успешное достижение целей, оборачивается *кажущимися* неудачами. Попытки убедиться в том, что мои сомнения в собственных силах остались позади, поскольку я смог достичь трудной цели, гарантированно испортят это впечатление, придав новые силы тем же самым старым демонам. Если мы не хотим получить что-то, то обязательно получим это "что-то".

Метафора, которая касается этой проблемы, представляет собой адаптацию метафоры "Джо-пьянчужка", которая была впервые предложена Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 240]. Представьте ее клиенту, сказав примерно следующее.

*Терапевт.* Представьте, что в результате напряженной работы в течение многих лет и накопления определенной суммы денег вам удалось купить "дом своей мечты". Чтобы отметить это неординарное событие, вы объявляете о проведении вечеринки, посвященной "обмыванию" вашего нового жилья. На эту вечеринку приглашаются все ваши соседи. С этой целью вы размещаете соответствующее сообщение на доске объявлений местного продовольственного магазина, а также рядом с дорожным указателем, расположенным у дороги, ведущей к вашему дому. В назначенное время у вас собираются гости, которых вы радушно приветствуете, перекидываетесь с каждым из них несколькими фразами и приглашаете к столу. Один из гостей, девушка, спрашивает у вас, явился ли к вам на вечеринку Джо-пьянчужка. Вы не понимаете, о ком речь, и девушка объясняет, что она недавно видела, как Джо-пьянчужка, который сейчас валяется в бурьяне под продовольственным магазином, рассматривал доску объявлений, на которой вы разместили свое приглашение. Поскольку в объявлении сказано, что приглашаются все желающие, не было бы ничего удивительного в том, что Джо-пьянчужка появился бы здесь. Впрочем, она надеется, что его здесь нет. Изменилось бы после этого ваше поведение и ваше отношение к организованной вами вечеринке?

*Клиент.* Наверное, я срочно отправился бы выяснять, не проник ли Джо-пьянчужка незамеченным на мою вечеринку.

*Терапевт.* Заметили ли вы перемену в своем поведении? Ваше поведение радушного хозяина и приятного собеседника, пребывающего в компании достойных людей, которыми, несомненно, являются ваши гости, сменилось поведением организатора мероприятия, который стремится поскорее найти и выдворить нежелательную персону — Джо-пьянчужку. Сколько времени может понадобиться вам, чтобы решить эту проблему и вернуться к общению с приятными и достойными людьми? Допустим, вам понадобилось всего несколько минут, чтобы обнаружить ужасно выглядящего и дурно пахнущего Джо-пьянчужку, который уже успел пристроиться возле стола с выпивкой. Какими будут ваши дальнейшие действия?

*Клиент.* Я мог бы дать ему пару бутербродов и вежливо попросить его покинуть мой дом.

*Терапевт.* А если он не пожелает уходить, объясняя это тем, что вы пригласили всех желающих со всей округи, а он является одним из желающих, кто проживает неподалеку от вас. Одним словом, он остается.

*Клиент.* Может быть, я дам ему денег на выпивку при условии, что он покинет мой дом?

*Терапевт.* Итак, вы хотите подкупить его. Тут, как говорится, возможны варианты. А что же с вашей вечеринкой? Вместо приятного времяпрепровождения в компании хороших людей она превратилась для вас в поиск способа избавиться от одного из непрошенных гостей. Допустим, Джо-пьянчужка заупрямился и не желает покидать ваш дом. Как можно было бы решить эту проблему?

*Клиент.* Может быть, нужно просто смириться с его присутствием, делая вид, что его как бы нет здесь. Может быть, если бы я вел себя так, будто присутствие Джо-пьянчужки меня не

очень-то волнует, он через какое-то время сам убрался бы из моего дома?

*Терапевт.* Ну, это уж смотря по его настроению... Вообще говоря, это выглядит так, словно вы по-прежнему пытаетесь избавиться от него, но применяете для этого другую стратегию. Если вы хотите видеть Джо-пьянчужку только для того, чтобы выдворить его, то действительно ли вы хотите видеть его на своей вечеринке? Можете ли вы обмануть себя таким образом? Нужно ли Джо покидать ваш дом? Могли бы вы принимать его так, как вы принимаете остальных гостей, даже если вы не хотели бы видеть его в своем доме? Представьте несколько другую ситуацию. После того как один из ваших гостей рассказывает вам о возможном присутствии здесь Джо-пьянчужки, вы обходите весь дом, но не обнаруживаете его. Какое чувство вы испытаете после этого?

*Клиент.* Чувство облегчения.

*Терапевт.* Как долго это чувство будет сохраняться у вас? Джо-пьянчужка еще не прибыл к вам, но вас тревожит, что он, возможно, направляется к вам. Поэтому вы периодически посматриваете в окно или выходите на улицу, чтобы обнаружить его приближение и вовремя развернуть его. Ачто там с вашей вечеринкой? Не сводится ли теперь ваша повестка к тому, чтобы своевременно обнаружить приближение Джо-пьянчужки и предотвратить его появление на вечеринке, которое может окончательно испортить ее? А теперь подумайте: может быть, постоянное ожидание возможного появления Джо уже испортило вашу вечеринку? Между тем, не исключено, что он даже не собирался посещать вас. Может, для вас было бы лучше просто проводить время с гостями в свое удовольствие, а если Джо все же почтит вас своим присутствием, принять его так же радушно, как и остальных гостей? Что если гости на вечеринке похожи на мысли и чувства, появляющиеся у вас, когда вы

> достигаете определенных целей, поставленных перед собой? Какие-то из этих “гостей” похожи на приятную, молодую и образованную супружескую пару, проживающую неподалеку от вас; таким “гостям” вы всегда рады. Другие, такие как сомнения в собственных силах и чувство незащищенности, похожи на Джо-пьянчужку. Таким гостям вы не рады, но они регулярно посещают вас. Сколь бы успешно вы ни достигали целей, поставленных перед собой, это не препятствует появлению у вас непрошенных гостей. Если это так, то готовы ли вы видеть их у себя и принимать так, как вы принимаете остальных гостей, даже если вы не рады им?

После того как вы представите эту метафору своим клиентам, периодически возвращайтесь к ней, особенно когда ваши клиенты демонстрируют отсутствие готовности испытывать определенные психологические события, спрашивая у клиентов: “Готовы ли вы впустить Джо-пьянчужку на свою вечеринку?”

## 3. Совладание с неудачей

Еще одна сложность, с которой вам, вероятно, придется столкнуться, возникает, когда клиенты выполняют ответственные действия, но не могут добиться поставленных целей. Например, клиент не может подыскать для себя интересную и высокооплачиваемую работу, несмотря на то что перепробовал много вариантов и прошел много собеседований. Это может вызвать у него сильное разочарование и неверие в собственные силы и, что еще хуже, он может вообще отказаться от дальнейших попыток. В таком случае ваша задача заключается в том, чтобы убедить клиента в необходимости проявить настойчивость и упорство перед лицом ряда неудач. При этом вы должны напоминать, что этот негативный опыт не является, с точки зрения ACT, неудачей, хотя клиенты могут воспринимать его именно как неудачу.

Эффективная стратегия в таких обстоятельствах заключается в переформатировании того, что составляет успех, путем акцентирования внимания ваших клиентов на различии между процессом и результатами выполненного действия. Результаты выполненного действия

относятся к целям, преследуемым клиентом, и могут, таким образом, рассматриваться как успех или неудача. Например, получил ли клиент повышение в должности, которого он добивался, удалось ли ему устроиться на более интересную и высокооплачиваемую работу, которую он хотел найти для себя, и т.д.? Напротив, процесс совершения действия предполагает фактическое участие клиента в поведении, направленном на достижение цели, например высказывание просьбы о повышении в должности или участие в собеседовании при поиске новой работы. Клиент всегда может самостоятельно решить, участвовать ли ему в процессе совершения действия, отвечающего его ценностям, даже если это участие не всегда приводит к достижению поставленной им цели.

В АСТ есть несколько метафор, которые вы можете представить своим клиентам, чтобы сориентировать их на процесс ответственного действия путем уяснения разницы между этим процессом и достижением цели (здесь будет описано то и другое). Дополнительные соответствующие упражнения и интервенции можно найти в главах 8 и 9 книги Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999], а также в табл. 2.7 книги Штросаля [*Strosahl* et al., 2004].

**Метафора "Огород".** Эта метафора, впервые предложенная Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 220], продвигает настойчивость и упорство при выполнении ответственного действия при возникновении личных событий, которые могли бы создавать помехи такому поведению. Я слегка изменил эту метафору, чтобы она в большей степени соответствовала опыту депрессивных клиентов.

> Представьте, что вы хотите завести огород для выращивания овощей. Вы приглядываетесь к нескольким местам, где можно было бы завести такой огород, и, сравнив все возможные варианты, выбираете самое подходящее, на ваш взгляд, место. После этого вы высаживаете соответствующие семена, поливаете их и ждете, когда они вырастут и принесут плоды. Однако ничего не всходит, и вы начинаете проявлять нетерпение. У вас возникают сомнения, правильно ли вы высадили семена и поливали ли их должным образом. Может быть, вы поливали их слишком обильно или, наоборот, недостаточно. Может быть, вы выбрали не самое удачное место для своего огорода. Может быть, семена уже взошли бы, если бы вы высадили их на каком-то другом участке. Вы решаете выкопать семена

и пересадить их на другом участке. Вы вновь ждете, но всходов как не было тогда, так нет их и сейчас. Вас начинают терзать сомнения, умеете ли вы вообще выращивать овощи. А может быть, второй участок тоже не подходит для выращивания овощей? Итак, вы снова выкапываете семена, пересаживаете их на третьем участке и снова ждете. Но сезон выращивания овощей уже подходит к концу, и едва первые ростки начинают пробиваться из земли, наступают первые заморозки, которые убивают в вас всякие надежды на выращивание урожая овощей.

А что если ваши ценности подобны месту, где вы решили высадить семена, а домашнее задание, касающееся поставленной вами цели и являющееся главным предметом нашего внимания на протяжении нескольких последних сессий, подобно высаживанию семян?

Сами по себе цели подобны овощам, которые вырастают из этих семян. Выращивание каких-то овощей может занимать больше времени, чем выращивание других овощей; к тому же, прорастут не все семена, посаженные вами; таким образом, процессу выращивания овощей внутренне присущ ряд неопределенностей. Но что можно сказать со всей определенностью, так это то, что вы вообще не вырастите никаких овощей, если не посадите семена и не предоставите им достаточно времени, чтобы из них могли вырасти овощи. После того как вы выберете место для своего огорода и высадите на нем семена, их нужно оставить на какое-то время в покое. Вы не вырастите никаких овощей, если будете постоянно выкапывать семена и пересаживать их с места на место.

Насколько важно для вас получить возможность завести свой огород?

Готовы ли вы высаживать семена даже при наличии сомнений в правильности выбранного вами места для посадки? Готовы ли вы поливать семена и ухаживать за ними даже при наличии сомнений в том, что в конечном счете вам удастся вырастить урожай?

**Метафора "Волшебная таблетка".** Эта метафора представляет собой тип мысленного эксперимента, который позволяет клиенту еще лучше уяснить различие, которое обычно существует между процессом и результатом действий, отвечающих ценностям клиента. Клиенту предлагается выбрать между гарантированным исходом, инверсно связанным с процессом, и приверженностью некоему процессу, не обеспечивающему гарантированного исхода. Представляя эту метафору клиенту,

главная ценность которого заключается в том, чтобы быть заботливым родителем, скажите примерно следующее.

> Допустим, я предлагаю вам некие волшебные таблетки. Если ваши дети выпьют эти таблетки, я гарантирую, что они до конца своей жизни будут считать вас любящим и заботливым родителем — при одном важном условии. Вот это условие: вы должны вести себя как родитель, предельно равнодушный по отношению к своим детям. Механизм действия этих таблеток таков, что чем более наплевательским будет ваше отношение к своим детям, тем больше они будут видеть в вас любящего и заботливого родителя. Эти таблетки являются вариантом *А*. Вариант *В* заключается в том, что вы отказываетесь от использования этих волшебных таблеток и полностью посвящаете свою жизнь заботе о детях без какой-либо гарантии, что они будут видеть в вас любящего и заботливого родителя. Более того, как бы хорошо вы ни относились к ним, они могут совершенно не замечать этого и не отдавать должного вашей любви и заботе о них. То есть, могут замечать, но могут и не замечать. Какой из этих двух вариантов, *А* или *В*, вы выбираете?

Что же касается других ценностей, то стороной, принимающей волшебные таблетки, может быть клиент. Например, станет ли клиент, который высоко ценит в людях образованность и обширные познания, принимать таблетки, которые сделают его чрезвычайно образованным человеком, обладающим обширными знаниями, при условии, что отныне он будет читать исключительно художественную литературу (или не будет читать вообще ничего)? Мне не встречался ни один клиент, который выбрал бы волшебные таблетки, хотя не исключено, что такой выбор клиентов обусловлен не столько их ценностями, сколько их собственными представлениями о том, какой ответ ожидает услышать от них терапевт.

## 4. Выдача домашнего задания

В конце каждой из этих трех сессий попросите клиентов, в качестве их очередного домашнего задания, продолжать практиковать майндфулнесс и разные формы действий, отвечающих ценностям клиента.

**Упражнения на майндфулнесс.** Можно рассчитывать, что лишь *Я* как контекст дает возможность клиентам осознанно выбирать свои ценности и поддерживать в них приверженность этим ценностям.

Именно поэтому я рекомендую вашим клиентам продолжать выполнение упражнений на майндфулнесс. Это необходимо не только для непосредственного формирования трансцендентного ощущения собственного *Я*, но и для косвенного продвижения ответственных действий. Побуждайте своих клиентов продолжать ежедневное выполнение уже освоенных ими упражнений на майндфулнесс — особенно тех, которые касаются мыслей и чувств. Выдайте им экземпляры дневника упражнений на майндфулнесс (приложение З) и соответствующие раздаточные материалы (приложения И и Й) и/или компакт-диск/аудиокассету, которые помогут им выполнить эти упражнения.

**Ответственное действие.** В конце каждой сессии попросите своего клиента выбрать в качестве домашнего задания по меньшей мере одно действие, направленное на достижение поставленной цели. Зафиксируйте эту цель и связанное с ней действие на форме "Цели–действия" (приложение Ж). Обсудите вместе со своими клиентами любые барьеры окружающей среды и/или экспериенциальные барьеры, с которыми они, как им кажется, могут столкнуться при выполнении такого домашнего задания. Спросите у них, как они могли бы совладать с такими препятствиями.

## Сессия 12

У этой последней сессии три цели:

- проанализировать ваши реакции и реакции вашего клиента на завершение лечения;
- сделать краткий обзор ACT-совместимых стратегий и техник;
- убедить клиента в необходимости поддержания достигнутых терапевтических результатов после завершения лечения.

### *Краткий обзор*

1. Обзор выполненного домашнего задания (5 мин.).
2. Проанализировать реакции на завершение лечения (10 мин.).

3. Подытожить препятствия к готовности (15 мин.).
   - *С*лияние с вашими мыслями
   - *О*ценивание вашего опыта
   - *И*збегание полученного вами опыта
   - *П*ридумывание объяснений своему поведению
4. Подытоживание рекомендаций относительно жизни согласно ценностям (10 мин.).
   - *П*ринимайте свои реакции и будьте “здесь и сейчас”
   - *В*ыбирайте направление действий, соответствующее вашим ценностям
   - *Д*ействуйте
5. Обсуждение жизни после терапии (20 мин.).

## *Повестка*

### 1. Обзор выполненного домашнего задания

Кратко рассмотрите и обсудите домашнее задание своего клиента, полученное им на прошлой сессии. Посоветуйте ему после завершения терапии продолжать выполнение упражнений на майндфулнесс, а также ставить перед собой и преследовать цели, соответствующие его ценностям.

### 2. Проанализировать реакции на завершение лечения

Попросите клиента поделиться с вами своими реакциями на завершение терапии, которые вы должны выслушать внимательно и не вынося каких-либо оценок. Будьте готовы поделиться с клиентом своими собственными реакциями (что-то наподобие инвентаризации), например: “Мне грустно” или “Мне кажется, что вы можете продолжить борьбу с депрессией”. Ваша задача заключается не в том, чтобы развеять у своих клиентов сомнения или опасения, которые могут возникнуть у них в связи завершением лечения, или (за одним исключением)

реструктурировать любые негативные мысли, которые могут появиться у них в связи с этим, а в том, чтобы помочь нормализовать такие реакции посредством их признания и подтверждения. Например, вы можете сказать что-то вроде следующего.

> Помните, что ваше сознание далеко не всегда оказывается вашим другом. Сейчас пришло время вашему сознанию сделать то, что делает сознание любого из нас: породить у вас в голове разнообразные переживания и негативные мысли о том, что сейчас мы проводим нашу последнюю совместную сессию и что после этого депрессия может вернуться к вам, выбить вас из колеи, и т.п. Именно это нашептывает вам сознание, не так ли?

Единственным типом негативных мыслей, которые подлежат реструктуризации, являются мысли, препятствующие возвращению клиента к терапии, если это действительно окажется необходимым, например: "Если у меня возникнет необходимость вернуться, вы никогда больше не увидите меня после этой сессии".

## 3. Подытожить препятствия к готовности

Спросите у своих клиентов, есть ли какие-то темы, упражнения или техники, которые обсуждались и/или представлялись на предыдущих сессиях и к которым они хотели бы вернуться. Используйте аббревиатуру СОИП как удобный способ подведения итогов работы, совместно проведенной вами с целью повышения готовности и ослабления экспериенциального избегания. Эта аббревиатура подытоживает ключевые процессы, которые ограничивают психологическую гибкость с точки зрения АСТ или, говоря по-другому, способы, посредством которых мы поневоле возвращаемся к рытью ямы или перетягиванию каната с монстром депрессии. С одной стороны индексной карточки — другую ее сторону вы используете для акронима АСТ (см. ниже) — напишите прописными буквами "СОИП". Под этой аббревиатурой перечислите соответствующие процессы: *С*лияние с моими мыслями, *О*ценивание моего опыта, *И*збегание полученного мною опыта, *П*ридумывание объяснений моему поведению. Резюмируйте процессы и соответствующие интервенции, обозначаемые каждой из букв аббревиатуры СОИП.

***С*лияние с вашими мыслями.** При необходимости укажите, что под “слиянием” подразумевается “полное доверие своим мыслям и восприятие их как фактов, а не как «болтовни» нашего сознания”. Спросите клиентов о разных способах, которыми они могут реагировать на слившиеся с ними мысли, на которых они “зацикливаются”. При необходимости напомните им упражнение “Молоко, молоко, молоко”, упражнения на произнесение той же фразы другим тоном, а также другие упражнения и техники разделения.

***О*ценивание вашего опыта.** Попросите своих клиентов объяснить, почему оценки мыслей и чувств, особенно тех, которые касаются самого себя, могут быть ошибочными. Будьте готовы к тому, чтобы в очередной раз подчеркнуть разницу между оценками и описаниями; укажите способы отделения собственного *Я* от оценок, например путем явного признания их таковыми (как один из вариантов, “По моей оценке,...”).

***И*збегание полученного вами опыта.** Опять-таки, выясните сначала у своих клиентов, как они понимают эту часть аббревиатуры, и будьте готовы, в случае необходимости, уточнить это понимание с помощью примеров из их собственного опыта жизни с депрессией. Например, задавая вопрос “Что важного вы могли упустить в своей жизни, пытаясь избежать неприятных чувств, таких как грусть или чувство вины?”, вы привлекаете внимание клиента к боли разлуки и другим издержкам экспериенциального избегания.

***П*ридумывание объяснений своему поведению.** Наконец, спросите у своих клиентов, какие проблемы может создать придумывание объяснений своему поведению. При необходимости напомните им метафору “Пассажиры в автобусе”, а также упражнения “Причины депрессии” и “Почему, почему, почему?”.

## 4. Подытоживание рекомендаций относительно жизни согласно ценностям

Нанесите на обратную сторону индексной карточки аббревиатуру ПВД [*Hayes* et al, 1999, p. 246] и соответствующие ей процессы: “Принимайте свои реакции и будьте «здесь и сейчас»”; “Выбирайте направление

действий, соответствующее вашим ценностям"; "Действуйте". Укажите своим клиентам, что вы вместе только что рассмотрели способы "залипания" в депрессии — аббревиатуру СОИП и соответствующие процессы, — а теперь пришло время подытожить общие стратегии высвобождения от депрессии. Для этого вам нужно проанализировать процессы и соответствующие направления действий, связанные с каждой буквой в аббревиатуре СОИП. (После того как вы рассмотрите аббревиатуры СОИП и ПВД и соответствующие процессы, выдайте эту индексную карточку своему клиенту. Посоветуйте ему носить эту индексную карточку у себя в бумажнике или в блокноте так, чтобы при необходимости он мог быстро заглянуть в нее.)

***П*ринимайте свои реакции и будьте "здесь и сейчас".** Прежде всего, спросите у своих клиентов, что это означает для них и, что еще важнее, как они могут следовать этому правилу на практике. При необходимости, напомните своим клиентам о разных упражнениях и интервенциях, которые способствуют принятию и готовности и которые они выполняли и осваивали в ходе терапии. К числу таких упражнений и интервенций относятся (но не ограничиваются ими) всевозможные упражнения на майндфулнесс, а также упражнения "Посидите спокойно со своими чувствами", "Инвентаризация" и "Физикализация (чувств)".

***В*ыбирайте направление действий, соответствующее вашим ценностям.** Проанализируйте эту часть аббревиатуры, спросив у своих клиентов, как они понимают разницу между принятием решения о направлении, отвечающем ценностям, и выбором направления. При необходимости, рассмотрите еще раз метафоры "Трясина" и "Пассажиры в автобусе".

***Д*ействуйте.** Этот последний пункт аббревиатуры говорит сам за себя и вряд ли нуждается в длительном обсуждении, разъяснении и уточнении. Тем не менее для вас и ваших клиентов может оказаться полезным вернуться к упражнению "Пытаться или делать", а также к соответствующему совету Йоды: "Нет! Никаких попыток. Делайте. Или не делайте. О попытках вообще не может быть речи!" (*Избранные, но не опубликованные цитаты Йоды.*) Можно также обратиться к метафорам "Трясина" и "Пассажиры в автобусе".

### 5. Обсуждение жизни после терапии

Оставшийся сегмент последней сессии предоставляет вам возможность поговорить с клиентами о том, как они намерены продолжать применять в своей жизни то, чему они научились во время терапии. Вы можете поделиться с клиентами метафорой, которая показалась мне весьма полезной. Суть ее заключается в том, что завершение терапии можно уподобить окончанию школы или колледжа. Это знаменует собой не только завершение формального периода получения образования, но и начало нового периода, в течение которого знания, полученные в школе или колледже, можно применять на практике и совершенствовать. Иными словами, вы должны побуждать своих клиентов рассматривать завершение терапии как начало нового этапа в их жизни.

Кроме того, обсудите с клиентами любые обстоятельства, которые могут возникнуть в их жизни и создать им серьезные проблемы. В частности, постарайтесь подготовить своих клиентов к трудным событиям, которые могут произойти в их жизни в ближайшее время. Помогите им подумать над тем, как они могли бы совладать со своими психологическими реакциями на такие события, как распад семьи, годовщина смерти любимого человека, или переезд в другой город из-за возможной потери работы.

## Заключение

В этой главе я ознакомил вас с протоколом, состоящим из двенадцати сессий и предусматривающим применение ACT в вашей работе с депрессивными клиентами. Такой протокол можно использовать как альтернативу метода концептуализации кейса, описанного в предыдущих главах. Могут быть разработаны и другие протоколы, отличающиеся по своему содержанию и продолжительности от предложенного мною в этой книге. Как я говорил ранее, этот протокол включает двенадцать сессий, чтобы соответствовать тем протоколам, которые осуществлялись при сравнении ACT с когнитивной терапией при лечении депрессии [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989]. Поскольку в результате проведенных исследований еще не удалось определить оптимальную

продолжительность лечения для разных уровней депрессии, продолжительность этого протокола невозможно выбрать на эмпирической основе. Например, протокол с меньшим количеством сессий (возможно, с шестью или восемью сессиями) может в конечном счете оказаться более эффективным с терапевтической и/или с экономической точки зрения, чем протокол, предусматривающий проведение двенадцати сессий (особенно в зависимости от серьезности депрессии, наблюдаемой у клиента). Именно поэтому использование протокола, описанного в этой главе, должно быть по возможности *гибким*.

# ГЛАВА 10

# Дополнительные вопросы и соображения

В этой главе мы рассмотрим ряд вопросов и соображений, с которыми вы, вероятно, столкнетесь в процессе применения АСТ в своей работе с депрессивными клиентами. Многие из этих вопросов и соображений упоминались или кратко обсуждались в других главах; они не обязательно уникальны для АСТ применительно к депрессии. Однако они достаточно типичны и проблематичны в случае применения этого терапевтического подхода к этому конкретному контингенту клиентов, что обусловливает необходимость более детального их обсуждения в этой книге. К числу этих соображений относятся совладание с "трудным" поведением клиентов, коморбидность и другие сопутствующие вопросы лечения, а также моральные соображения.

## Совладание с "трудным" поведением клиентов

Некоторые особенности поведения клиентов, такие как суицидальность, существенно затрудняют успешное лечение депрессии. Другие, такие как невыполнение домашних заданий, могут в большей степени представлять проблему в случае применения когнитивно-поведенческой терапии, чем при использовании других психотерапевтических подходов к лечению депрессии, которые делают меньший упор на выполнении домашних заданий в промежутках между сессиями [*Ronan* & *Kazantzis,* 2006]. Наконец, определенные типы поведения клиентов (например, отказ в прощении и выступление в роли жертвы) создают уникальные проблемы для АСТ вследствие большой важности, которую АСТ придает разделению с вербальными конструкциями клиента,

такими как пересказ историй, которые могут существенно ограничивать психологическую гибкость.

В последующих разделах я изложу конкретные рекомендации и соображения, касающиеся совладания с каждым из этих типов проблематичного поведения клиентов. Однако, прежде чем приступить к этому изложению, я хотел бы подчеркнуть, что со всеми формами проблематичного поведения клиентов можно совладать, оставаясь в рамках модели ACT. Любые действия или бездействие клиентов, которые могут подрывать терапевтическое влияние ACT, можно представлять себе лишь как более твердые зерна, которые подлежат перемалыванию в жерновах ACT. Таким образом, здесь я не намерен рекомендовать вам для совладания с проблематичным поведением клиентов какие-либо стратегические подходы, которые выходили бы за рамки ACT.

## *Суицидальное поведение*

Суицидальность не ограничивается клиентами, страдающими от депрессии [*Chiles* & *Strosahl,* 2005]. Зачастую она возникает одновременно с депрессией [*Maris* et al., 1992], поэтому риск суицида необходимо оценивать у всех ваших депрессивных клиентов. Хотя акцент в деле борьбы с суицидом необходимо делать главным образом на предотвращении совершения самоубийства, самой распространенной формой суицидального поведения являются размышления клиента о возможности самоубийства [*Chiles* & *Strosahl*]. Соответственно, в этой главе мы не будем ограничиваться предотвращением попыток суицида, но рассмотрим также, как ACT может решать вопросы суицидального поведения в более широком плане.

Бо́льшую часть того, о чем будет рассказано в этом разделе, вряд ли можно считать чем-то новым. Многое из того, о чем я здесь рассказываю, представлено в работах Кирка Штросаля, включая главу о применении ACT в отношении клиентов, страдающих многими проблемами, а также превосходную книгу, в которой изложены более обширные рекомендации по оцениванию и лечению суицидального поведения с точки зрения ACT [*Chiles* & *Strosahl,* 2005]. Я настоятельно рекомендую оба

эти источника, особенно книгу, тем из вас, кто хочет получить более всесторонние сведения по данной теме.

## Оценивание суицидального поведения

В отношении каждого клиента, который жалуется на депрессию, нужно ответить на два фундаментальных вопроса оценивания: 1) есть ли у этого конкретного клиента риск суицида и, если есть, 2) исполняет ли это суицидальное поведение функцию эксперienциального избегания.

**Оценивание суицидального риска.** Процесс определения вероятности того, что данный клиент будет пытаться совершить самоубийство, к сожалению, не относится к области точных наук. Чаще всего специалисты по психическому здоровью оценивают определенную совокупность исторических и текущих переменных безотносительно рассматриваемого терапевтического подхода или их собственной теоретической ориентации. Например, факторами риска принято считать семейную историю суицидального поведения, а также личную историю предыдущих попыток совершить самоубийство [*Meichenbaum,* 2005]. Другой исторической информацией, подлежащей рассмотрению, является степень, в которой в ходе предыдущих попыток использовались потенциально летальные средства, а также степень тщательности планирования самоубийства.

Кроме того, следует распространить оценивание треугольника "план–наличие–летальность" [*Chiles* & *Strosahl,* 2005, p. 75] — то есть, имеется ли у данного клиента летальный план и средства его осуществления? — на мысли о самоубийстве, имеющиеся у клиента в настоящее время. В дополнение к развернутому собеседованию, для оценивания других текущих факторов риска суицида вы можете также воспользоваться несколько более формальными способами оценивания, которые не являются уникальными для ACT. Например, клиентам можно предложить заполнить "шкалу безнадежности" Бека (Beck Hopelessness Scale; [*Beck, Weissman, Lester,* & *Trexler,* 1974]), которая, независимо от уровней депрессии [*Beck* et al., 1975], продемонстрировала свою способность предсказывать суицидальность [*Brown* et al., 2000]. Кроме того, при проведении полуструктурированного собеседования с клиентом

вы можете воспользоваться шкалой суицидального мышления [*Beck* & *Kovacs,* 1979], которая позволяет оценивать другие психологические переменные, такие как желание умереть и желание предпринять активную попытку, которые представляют дополнительные факторы риска суицидальности.

**Оценивание суицидальности как экспериенциального бегства.** Суицидальность, подобно любому поведению, можно определить многими факторами, и клиенты, которым присущ риск суицида, могут размышлять о самоубийстве по разным причинам. Таким образом, ваша задача заключается в том, чтобы оценить степень, в которой клиенты, которым присущ риск суицида, используют суицидальное поведение, чтобы избежать неприятных мыслей и чувств (включая грязную боль сам*о*й депрессии) или спастись от них. В частности, для депрессивных клиентов, которым не удается минимизировать свое эмоциональное страдание, размышления о самоубийстве, планирование его и попытки совершить его становятся способом решения трудноразрешимой проблемы. Как указывали Чайлис и Штросаль [*Chiles* & *Strosahl,* 2005], привлекательность самоубийства может оказаться особенно сильной для клиентов, которые, помимо прочего, демонстрируют низкую способность выдерживать психологический дистресс и не располагают другими средствами совладания с ним.

Пользуйтесь несколькими источниками сходящейся информации, чтобы определить, служит ли суицидальное поведение данного клиента цели экспериенциального бегства и избегания. Значительную долю такой информации можно почерпнуть в процессе выслушивания жизненной истории вашего клиента и в контексте оценивания вами его суицидального риска в целом. Например, спросите у клиента, как я предлагал ранее, чего они надеялись добиться своими предыдущими попытками совершить самоубийство. Самым точным предиктором будущего суицидального поведения является прошлое суицидальное поведение, особенно когда то и другое выполняют одну и ту же функцию экспериенциального избегания.

Как и в случае начального оценивания суицидального риска, учитывайте и историческую, и текущую переменные, когда пытаетесь выяснить,

могут ли ваши клиенты использовать текущее суицидальное поведение для бегства от неприятных личных событий. Для решения этого вопроса Чайлис и Штросаль [*Chiles* & *Strosahl,* 2005], в частности, предложили оценивать пять ключевых факторов (table 4.1, p. 75):

1) оценивание суицидального поведения как способа решения проблем;
2) уровень терпимости к психологической боли;
3) уровень безнадежности;
4) ощущаемая неизбежность и;
5) причины для продолжения жизни.

Рассмотрение вами этих текущих факторов может также впоследствии помочь вам управлять суицидальным поведением клиента и, следовательно, будет представлено здесь в виде перечня вопросов, на которые вам предстоит ответить.

1. Насколько эффективной стратегией решения проблем клиент считает самоубийство? Какие проблемы (например, прекращение эмоционального страдания) может решить самоубийство? Насколько эффективным в решении этих проблем, по мнению клиента, может быть самоубийство?
2. Насколько успешно клиент смог бы продолжать терпеть свою ситуацию, если в будущем она не улучшится?
3. Каких изменений клиент ожидает в будущем (если он вообще ожидает их)? Если же он ожидает каких-то изменений, то в какую сторону — улучшения или ухудшения?
4. Насколько эффективными оказались усилия клиента по улучшению текущей ситуации? Не привели ли его усилия к ухудшению ситуации?
5. Какие основания есть у клиента для того, чтобы продолжать жить? Насколько важными для него являются эти основания?

Хотя вы можете оценить эти пять факторов, просто задав своему клиенту перечисленные выше вопросы, вы можете также оценить два из них

(факторы 3 и 5), прописав ему соответствующие инструменты типа "карандаш и бумага". Как я указывал ранее, "шкалу безнадежности" Бека (Beck Hopelessness Scale; [*Beck* et al., 1974]) можно использовать для количественного оценивания уровня пессимизма клиента относительно своего будущего (фактор 3). Первые четыре из пяти перечисленных выше факторов из книги Чайлиса и Штросаля [*Chiles* & *Strosahl,* 2005] в совокупности отражают то, что можно рассматривать как причины, подталкивающие клиента к совершению самоубийства. Однако последний фактор фокусируется на мотивах клиента, которые заставляют его продолжать жить и могут таким образом действовать как противовес суицидальности. Желание вашего клиента продолжать жить можно оценить дополнительно с помощью анкеты причин для продолжения жизни (RFL — Reasons for Living Inventory; [*Linehan, Goodstein, Nielsen,* & *Chiles,* 1983]).

Либо попросите своих клиентов заполнить RFL самостоятельно, либо заполните эту анкету сами, проинтервьюировав клиента. Каким бы способом эта анкета ни была заполнена, у использования RFL есть несколько преимуществ. Во-первых, поскольку, как показывает практика, большее число причин для продолжения жизни связано с суицидальностью обратной зависимостью [*Ivanoff, Jang, Smyth,* & *Linehan,* 1994], RFL можно использовать в качестве дополнения к вашей оценке суицидального риска. Среди сорока восьми пунктов этой анкеты RFL предлагает клиентам оценить степень, в которой беспокойство о детях, в частности ("Я хочу видеть, как взрослеют мои дети"), и семье, в более широком плане ("Я несу ответственность за свою семью"), могут служить средством удержания клиента от самоубийства. С точки зрения АСТ, такие пункты могут также отражать важные базовые ценности клиента. Соответственно, использование анкеты RFL может также предоставить вам дополнительную полезную информацию о ценностях клиента, которая может служить ориентиром в вашем управлении суицидальным поведением клиента. Клиент может покончить жизнь самоубийством из-за отношений с членами своей семьи, но он может также сделать выбор в пользу продолжения жизни из-за отношений с членами своей семьи.

## Управление суицидальным поведением

Ваша первая задача в управлении суицидальным поведением клиента заключается лишь в том, чтобы выиграть время. В этом случае важно не то, чтобы просто прошло какое-то время, а то, что вы и ваш суицидальный клиент будете делать за время, полученное вами в результате отсрочивания клиентом попыток совершения самоубийства. В частности, используйте это время, чтобы:

1) повышать устойчивость клиента к психологическому дистрессу;
2) использовать ценности клиента и причины для продолжения им жизни в качестве средств удержания этого клиента от самоубийства;
3) вырабатывать у клиента альтернативные навыки решения проблем.

**Повышение устойчивости клиента к эмоциональной боли.** С точки зрения ACT, чем настойчивее суицидальный клиент пытается убежать от нежелательных мыслей и чувств, тем больше такие нежелательные мысли и чувства усиливаются и закрепляются у него. Когда другие усилия эмоционального контроля с неизбежностью заканчиваются неудачей (по меньшей мере в долгосрочной перспективе), клиенты теряют последнюю надежду на лучшее будущее и рассматривают самоубийство как способ прекращения того, что кажется им нарастающей и бесконечной психологической болью. Ваша задача в таких обстоятельствах заключается в том, чтобы побудить своих клиентов отказаться, по крайней мере временно, от попыток экспериенциального контроля (например, отпустив канат), чтобы у вас появилась возможность выполнить с ними определенную работу по разделению и принятию.

Подчас сами по себе перемены в окружающей среде, например отказ от продолжения абьюзивных отношений, могут оказать значительное влияние на уровень психологического дистресса клиента. Если это не представляется возможным, долгосрочная цель ACT заключается не в повышении устойчивости клиента к нежелательным психологическим экспириенсам, а в способствовании их принятию клиентом. Однако

при работе с остро суицидальными клиентами поддержание непосредственной повысившейся устойчивости к эмоциональной боли является необходимой начальной целью в более масштабном процессе продвижения экспериенциального принятия и готовности. Используйте совокупность техник и интервенций, обсуждавшихся в предыдущих разделах этой книги, особенно в главе 6, для продвижения разделения и принятия мыслей и чувств, способствующих развитию острого дистресса. Например, представьте клиентам упражнение "Мое мышление не всегда идет мне на пользу", чтобы ознакомить их с другой точкой зрения на суицидальные мысли, показывающей, что такие мысли вполне понятны, когда мы сталкиваемся с тем, что кажется нам неминуемым и нескончаемым эмоциональным страданием, и что такие мысли не должны служить для нас руководством к действию. После того как клиент подтвердит, что самоубийство является для него средством избавления от психологической боли, спросите у него, готов ли он предоставить вам обоим достаточно времени, чтобы рассмотреть другие способы решения проблем. Такое переформатирование терапевтической повестки устраняет акцент на суицидальности как таковой и переносит акцент на то, как суицидальное поведение укладывается в более широкий контекст решения проблем [*Chiles* & *Strosahl,* 2005, p 104].

**Продвижение ценностей.** Ваша цель в продвижении ценностей заключается в том, чтобы найти оправдание страданиям, которые ваши суицидальные клиенты уже перенесли и, вероятно, продолжат испытывать — по меньшей мере в ближайшем будущем — до тех пор, пока вам не удастся повысить их способность переносить эмоциональную боль. Как указывал Ницше, "Тот, кто нашел для себя ответ на вопрос, *для чего* он живет, справится практически с любыми трудностями, то есть найдет для себя ответ на вопрос, *как* дальше жить" (цитируется по книге [*Frankl,* 1965, p. 76], курсив Франкла). С этой точки зрения, вы можете поработать над той частью жизни клиента, которая связана с поиском ответа на вопрос "как", повышая устойчивость клиента к психологическому дистрессу, а также вырабатывая у него навыки решения проблем и предлагая ему стратегии, не имеющие ничего общего с самоубийством. Чтобы ответить на вопрос "как", выявите причины

для продолжения жизни вашим клиентом и акцентируйте его внимание на этих причинах.

Как я предлагал ранее, чтобы выявить причины для продолжения жизни вашим суицидальным клиентом и его отказа от самоубийства, вы можете использовать ряд методов, таких как заполнение анкеты RFL или какой-либо из анкет, предназначенных для выявления ценностей клиента, а также косвенные способы оценивания ценностей клиента. Зачастую терапевту бывает легче выяснить, почему суицидальные клиенты хотят покончить жизнь самоубийством — как правило, они хотят таким способом избавиться от эмоционального страдания, — чем понять, почему они могли бы предпочесть продолжать жить. Часть вашей работы заключается и в том, чтобы указать клиенту на ценности (например, "видеть, как мои внуки станут взрослыми людьми"), которые могут служить средством удержания его от самоубийства.

С точки зрения ТРФ, ваша задача заключается в том, чтобы сформулировать правило, которого будут придерживаться ваши суицидальные клиенты (например, "Если я не покончу жизнь самоубийством, то смогу видеть, как мои внуки станут взрослыми людьми") и которое оправдывает кратко- и долгосрочные последствия продолжения жизни. Непосредственными последствиями выбора в пользу продолжения жизни вполне может оказаться усилившийся психологический дистресс, тогда как потенциально позитивные последствия этого выбора (то есть, "смогу увидеть, как мои внуки станут взрослыми людьми") могут возникнуть лишь в отдаленной перспективе. Таким образом, перед вами стоит следующая задача: поговорить со своими клиентами об их суицидальном поведении таким образом, чтобы неприятные непосредственные последствия выбора в пользу продолжения жизни (возможное усиление дистресса) минимизировались, а позитивный потенциал его отсроченных последствий (видеть, как внуки станут взрослыми людьми) максимизировался. Чтобы минимизировать первое и максимизировать второе, скажите клиенту что-то наподобие того, что предлагается ниже.

> Сейчас вы стоите перед непростым выбором. Один вариант — самоубийство, другой — продолжение жизни. Мы знаем, что вариант самоубийства влечет за собой определенные последствия. Несомненным

его результатом является то, что вы уже никогда не почувствуете депрессию. Другим несомненным его результатом является то, что вы уже никогда не увидите, как повзрослеют ваши внуки. Если вы сделаете выбор в пользу продолжения жизни, последствия окажутся несколько менее определенными. Выбор в пользу продолжения жизни дает вам возможность увидеть, как повзрослеют ваши внуки. Подумайте о том, что это будет значить для вас — быть частью их жизни, наблюдать за тем, как дети, постепенно взрослея, становятся подростками, а затем и взрослыми людьми. Если вам повезет и вы проживете достаточно долго, то вы станете свидетелем того, как у ваших внуков появятся свои дети, а затем и внуки. Какие чувства вы будете испытывать, когда возьмете на руки своего первого правнука или даже пра-правнука? Все это будет возможно, если вы сделаете выбор в пользу продолжения жизни; если же вы решите покончить жизнь самоубийством, вы лишите себя этой возможности. Выбор в пользу продолжения жизни также дает нам обоим возможность поработать совместно над продумыванием ряда других способов решения проблем, которые довели вас до такого состояния, при котором самоубийство кажется вам единственным выходом из ситуации.

Является ли желание увидеть, как повзрослеют ваши внуки, настолько важным для вас, что вы готовы сделать выбор в пользу продолжения жизни несмотря на отсутствие гарантии, что эмоциональная боль, испытываемая вами сейчас, покинет вас? Мы не можем знать наверняка, покинет ли она вас, до тех пор, пока не поработаем над этой проблемой совместно какое-то время. Я хотел бы, чтобы у нас появилась возможность выяснить это, но вы лишите нас такой возможности, если решите покончить жизнь самоубийством. Итак, какой из двух вариантов вы выбираете: жить или умереть?

Если клиент выбирает самоубийство, постарайтесь найти какие-то другие ценности, которые могли бы удержать его от самоубийства, спросив у него: "Итак, мы выяснили, для чего вы хотите покончить жизнь самоубийством. Есть ли в вашей жизни что-то такое, ради чего вы готовы продолжать жить?"

**Выработка альтернативных навыков решения проблем.** Возможно, вам покажется разумным представлять себе проблемы, от которых ваши клиенты хотели бы избавиться посредством суицида, проведя различие

между проблемами, которые являются исключительно экспериенциальными по своей природе (например, вина за какой-то свой прошлый проступок), и проблемами, которые в настоящее время развертываются во внешней среде (например, жизнь в бедности или в условиях абьюзивных отношений). В то время как клиенты чаще всего рассматривают самоубийство как решение каких-то психологических или эмоциональных проблем, они могут также рассматривать самоубийство как способ бегства от тиранического и стрессового окружения. С точки зрения АСТ, внешний мир является потенциально более контролируемым, чем внутренний, психологический мир. Поэтому старайтесь искать даже малейшие возможности для ваших суицидальных клиентов добиваться изменений в их нынешних внешних обстоятельствах, если эти обстоятельства способствуют поддержанию у них высокого уровня их эмоциональных страданий. Используйте техники и методы продвижения разделения и принятия для повышения способности ваших клиентов совладать с нежелательными психологическими состояниями и активного применения ими стратегий решения проблем для изменения своих внешних обстоятельств.

Как указывали Чайлис и Штросаль [*Chiles* & *Strosahl,* 2005, p. 106], выбор в качестве домашнего задания клиента такого действия, выполнение которого будет восприниматься им как “небольшой успех”, предпочтителен в сравнении с более амбициозным действием, успешное выполнение которого менее вероятно, но даже если оно будет выполнено, вряд ли это поможет решить насущную проблему клиента. Например, вы можете прийти к выводу, что “мозговой штурм”, проведенный вместе с вашими клиентами для поиска мер, которые можно было бы предпринять для получения временного облегчения от стрессовой жизненной ситуации (например, совершить небольшую прогулку), может быть более полезным в краткосрочной перспективе, чем внезапная перемена места жительства. В данном примере я вовсе не хочу сказать, что поиск другого места жительства нужно исключить как возможный вариант решения проблемы; я хочу лишь сказать, что такой вариант решения проблемы зачастую требует гораздо больших затрат времени и сил. Действительно, перемена места жительства может

представлять собой более “капитальный” вариант решения проблемы и может даже быть необходимым краткосрочным средством решения проблемы, если опасности подвергается физическое благополучие клиента. При необходимости задайте своим клиентам вопрос, предложенный Чайлисом и Штросалем: “Если бы мы могли выбрать какую-то небольшую задачу, которая, если бы вы успешно справились с ней, говорила вам о том, что ситуация несколько улучшилась, какая это могла бы быть задача?”

## *Невыполнение домашних заданий*

Выдача домашних заданий, которые клиент должен выполнять в промежутках между сессиями, уже давно является неотъемлемой составляющей поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии [*Kazantzis, Deane, Ronan, & L'Abate,* 2005], в частности при лечении депрессии [*Garland & Scott,* 2005; *Gaynor, Lawrence, & Nelson-Gray,* 2006; *Thase & Callan,* 2006]. Не является исключением, в этом смысле, и ACT как еще одна форма поведенческой терапии. Хотя выдача домашних заданий после каждой сессии является частью протокола лечения, предлагаемого в главе 9, акцент ACT на домашних заданиях представляется не чрезмерным, но сопоставимым по той роли, которую он играет в других когнитивно-поведенческих подходах при лечении депрессии.

Потенциальной проблемой при использовании любого терапевтического подхода, который делает акцент на выполнении домашних заданий, является гарантирование того, что эти домашние задания будут надлежащим образом выполнены клиентами. Важность выполнения домашних заданий подтверждается эмпирическими свидетельствами, указывающими на их роль в терапии. Корреляционные исследования весьма убедительно указывают на то, что выполнение домашних заданий ассоциируется с существенно лучшими результатами лечения депрессии при использовании когнитивно-поведенческой терапии [*Thase & Calan,* 2006]. Однако результаты экспериментальных исследований, в ходе которых проверялось влияние выполнения домашних заданий (как независимой переменной) на разные показатели исхода лечения (как зависимых переменных), оказались более неоднозначными. Хотя

исследователи пришли к выводу, что домашние задания не оказывают какого-либо влияния на групповую терапию с самоконтролем [*Kornblith, Rehm, O'Hara,* & *Lamparski,* 1983] или групповую когнитивную терапию для лечения депрессии [*Neimeyer* & *Feixas,* 1990], Зеттл и Хейс [*Zettle* & *Hayes,* 1987] сообщили о более существенном улучшении состояния депрессивных клиентов при использовании индивидуальной когнитивной терапии в случае, когда им выдавались поведенческие домашние задания.

К сожалению, до сих пор еще не проведен достаточный объем сравнительных исследований, касающихся применения АСТ для лечения депрессии, которые позволяли бы сделать хотя бы предварительные, основанные на эмпирических данных выводы относительно того, как домашние задания, выступающие в роли одного из компонентов лечения, влияют на терапевтический исход. Поэтому я предлагаю здесь практические рекомендации, касающиеся борьбы с невыполнением домашних заданий, которые базируются на стратегических ролях, исполняемых домашними заданиями в деле укрепления трех совокупностей коренных процессов в АСТ, которые способствуют повышению психологической гибкости. С этой точки зрения домашние задания, выполняемые в промежутках между сессиями и помогающие продвигать ответственность и изменения поведения, обладают значительно большим весом, чем те, которые поддерживают две другие совокупности коренных процессов (разделение и принятие, с одной стороны, и майндфулнесс и *Я* как контекст, с другой стороны). Соответственно, если вам приходится выбирать, в какую из "битв" невыполнения домашних заданий вам следует ввязаться, выберите "битвы", включающие ответственные действия. Более низким приоритетом должны обладать домашние задания, которые продвигают майндфулнесс, а самым низким приоритетом должны обладать домашние задания, которые связаны с разделением и принятием.

Как указывалось в главе 7, домашние задания, которые помогают продвигать приверженность ведению жизни согласно ценностям клиента, обычно предполагают выполнение клиентами в промежутках между сессиями определенных совокупностей связанных между собой действий.

АСТ без изменений, связанных с ведением жизни согласно ценностям клиента, не является АСТ, и поэтому невыполнение домашних заданий в данном аспекте АСТ серьезно нарушает цельность АСТ. Невыполнение клиентом домашних заданий, которые продвигают разделение и принятие (например, инвентаризация), а также контактирование с текущим моментом (например, выполнение упражнений на майндфулнесс), менее критично, поскольку эти действия, при необходимости, можно повторять во время сессии. В частности, интервенции разделения и принятия несколько больше подходят для этого метода, что и может служить обоснованием приведенной мною выше рекомендации присваивать самый низкий приоритет выполнению домашних заданий, связанных с разделением и принятием. Хотя иногда клиентам бывает полезно выполнять ответственные действия во время сессии, в процессе взаимодействия с вами, такие возможности сравнительно редки. Таким образом, большинству ваших клиентов понадобится осуществить значительные перемены в своем внесессионном поведении, если они действительно намерены жить в соответствии со своими ценностями.

Подобно любому другому поведенческому дефициту, неспособность клиентов выполнить свои домашние задания, побуждающие их действовать в соответствии со своими ценностями, может быть вызвана разными причинами, которые не являются взаимоисключающими. Часть вашей задачи будет заключаться в том, чтобы сначала определить функцию (функции) невыполнения домашних заданий для каждого из ваших клиентов, у кого это случается. Затем воспользуйтесь своей результирующей оценкой и концептуализацией, чтобы определить направление решения этой проблемы. В приведенных ниже подразделах я обсуждаю ряд факторов, которые могут способствовать невыполнению клиентом его домашних заданий, имеющих своей целью продвижение ответственных действий. Я также обсуждаю меры, которые позволяют нейтрализовать действие этих факторов.

## Утрата связи с ценностями

Нет ничего необычного в том, что вашим клиентам не хватает мотиваций для выполнения домашних заданий, которые не соответствуют

их ценностям. Поэтому вы должны еще раз убедиться в том, что не выполненные ими домашние задания соответствуют их ценностям, несмотря на то что ранее вы уже потратили, наверное, какое-то время, чтобы идентифицировать и прояснить их ценности. При необходимости воспользуйтесь дополнительными прямыми и косвенными способами для уточнения ценностей клиента. Не исключено, что выявленные вами поначалу ценности на самом деле являются псевдоценностями, либо потому что клиент указал ценности, которые должны были, по его мнению, "понравиться" вам, либо потому что его истинные ценности не удалось выявить с помощью использованных вами форм определения ценностей клиента.

## Слишком большие изменения

Небольшие изменения в поведении легче осуществить, чем значительные. Начальная оценка ценностей клиента, которую вы вместе с клиентом используете в качестве ориентира при выборе домашних заданий для этого клиента, может быть правильной, но запланированная вами степень изменения поведения может оказаться слишком высокой. Возможно, это объясняется чрезмерной амбициозностью ваших планов. АСТ, как и сама жизнь, это не гонки, поэтому лучше продвигать клиента медленнее в направлении жизни согласно его ценностям, добиваясь при этом реальных успехов, чем двигаться слишком быстро и потерпеть неудачу. Используйте метод постепенного решения задачи, описанный в главе 7, для выбора не очень сложных и посильных для вашего клиента домашних заданий, с которыми он наверняка справится и которые можно использовать в качестве начального этапа при формировании более широкой картины ответственных действий.

## Контрсоглашательство

Все мы, раньше или позже, отказывались делать что-то такое, что отвечало нашим интересам, просто потому, что это "навязывалось" нам кем-то другим. Аналогично, нежелание клиентов выполнять домашние задания может также представлять собой своего рода контрсоглашательство, даже если эти домашние задания полностью отвечают

ценностям клиента. Точно так же, как существует опасность, что некоторые клиенты могут исполнять взятые на себя обязательства скорее для вас, чем для себя лично, существует также риск того, что они могут нарушить эти обязательства *из-за вас*. Это чаще всего случается с клиентами, которые когда-то подвергались сильному авторитарному контролю. При необходимости, вернитесь еще раз к жизненной истории клиента и/или расспросите его о предыдущих случаях упорного неповиновения в ответ на настоятельные советы поступать так, а не иначе, чтобы понять, является ли это фактором, способствующим невыполнению домашних заданий.

С вашей точки зрения, вы не приказываете клиенту выполнять домашние задания, но он, тем не менее, может реагировать на то, что вы говорите ему о его домашних заданиях, как возможность утвердить свою независимость от вас, поступая наоборот. Если это действительно так, то чем более настойчивыми будут ваши просьбы выполнять домашние задания, с тем большей решимостью они будут отвергать ваши просьбы и пожелания. В таких случаях бывает полезно "сбавить обороты" и, при необходимости, пояснить, что лично вам нет никакой выгоды в том, что клиент будет или не будет выполнять свои домашние задания. Кроме того, проведение мотивационного интервьюирования [*Miller* & *Rollnick*, 2002] должно помочь еще больше минимизировать любые возможные препирательства между вами и клиентами по поводу необходимости выполнения домашних заданий. Например, фраза типа "С одной стороны, вы хотите делать то, что является важным для вас, но с другой стороны, если я так уж понукаю вами, может сложиться впечатление, что я просто не оставляю вам другого выбора" может подтвердить независимость вашего клиента и обосновать его точку зрения.

Невыполнение клиентами домашних заданий, которое выполняет контрсоглашательскую функцию, является для вас не только вызовом, но и возможностью разумно решить клинически сложную проблему. Вполне вероятно, что клиенты, которые проявляют демонстративное неповиновение вашим рекомендациям, склонны проявлять такое же саморазрушительное поведение в отношении других важных фигур в своей жизни, например в отношении начальства и собственных родителей.

Как указывалось в главе 4, функционально-аналитическую психотерапию, или ФАП [*Kohlenberg* & *Tsai*, 1987, 1991], можно достаточно легко объединить с ACT с целью совладания с таким клинически релевантным поведением, которое наблюдается во время сессии. Применяя такой подход, спросите у клиентов, наблюдается ли в их отношениях с другими людьми вне терапии такая же картина поведения, какая разворачивается в контексте выполнения домашних заданий в рамках терапии, и если наблюдается, то как такие тенденции могут повлиять в целом на их уровень жизни согласно своим ценностям.

## Боязнь неудачи

Невыполнение клиентами домашних заданий как контрсоглашательское поведение можно интерпретировать как такое, которое выполняет также функцию экспериенциального избегания. Говоря более конкретно, клиенты могут отказываться выполнять свои домашние задания, чтобы избежать потери самоуважения и связанного с этим нанесения ущерба своему концептуальному *Я*, которое сопутствует тому, что они рассматривают как выражение подобострастия другим людям. Коротко говоря, клиенты могут предпочитать демонстрацию неповиновения и сохранение независимости, не желая чувствовать свою подчиненность чьей-то воле и разрешать другим помыкать собой.

Более распространенный психологический опыт, которого могут избегать клиенты, не выполняя свои домашние задания, это опыт, который является результатом применения метода проб и ошибок. Клиенты могут быть настолько мотивированы избегать вступления в контакт с ощущением неудачи, что даже не пытаются выполнять свои домашние задания. В сущности, их действующий лозунг таков: лучше не делать ничего, чем сделать что-то "не так, как следует". Эту проблему можно решать несколькими способами в манере, соответствующей ACT.

Одна возможная стратегия заключается в том, чтобы выполнить интенсивную работу по разделению и принятию в отношении ощущения неудачи и связанных с этим ощущением мыслей и эмоций. Соответствующий подход заключается в том, чтобы представить опыт неудачи в более выгодном свете, акцентировав внимание клиента на ценностях, которые

направляют его работу по выполнению рассматриваемого домашнего задания, сказав, например, что-то вроде следующего.

> Все, что стоит того, чтобы сделать это, стоит того, чтобы сделать это плохо [*de Posada,* 2003]. Если какая-то цель стоит того, чтобы достичь ее, то стоит ли она того, чтобы совершить попытку и потерпеть неудачу? Является ли обсуждаемая нами цель настолько ценной для вас, что вы готовы совершить попытку и потерпеть неудачу?

Наконец, как предлагалось в предыдущей главе, переформатируя то, что представляет собой успешное выполнение поведенческого домашнего задания, вы можете также подчеркнуть различие между попыткой и реальным действием. То есть, успех определяется тем, что вы *выполняете* домашнее задание, а не *пытаетесь* выполнить его. Пытаться — это не значит делать (вспомните Йоду), а успех не определяется тем, была ли достигнута цель, которую вы преследовали, выполняя конкретное домашнее задание.

## Другие препятствия к выполнению домашнего задания

Только что обсуждавшуюся нами боязнь неудачи можно рассматривать как экспериенциальный барьер для клиентов, которые даже пытались выполнять поведенческие домашние задания. Другие препятствия, как экспериенциальные, так и относящиеся к окружающей среде, могут также мешать выполнению домашних заданий — но, влияя на выполнение заданий, которые клиент честно пытается выполнить. Например, клиент может столкнуться с неожиданными внешними препятствиями (такими, как истощением финансовых ресурсов из-за внезапной поломки автомобиля, который нужно срочно отдать в ремонт), а также с экспериенциальными препятствиями (такими, как потеря уверенности в своих силах и наплыв сомнений), которые возникают в процессе выполнения домашнего задания и приводят к неудаче. Посоветуйте клиентам фиксировать любые препятствия, которые мешают выполнению домашних заданий. Это можно сделать с помощью формы "Цели-действия" (приложение Ж). Впоследствии эти препятствия можно будет проанализировать во время сессий.

Появление время от времени начатых, но не завершенных домашних заданий не представляет собой проблемы, поскольку вы можете использовать их для дальнейшего оттачивания навыков ваших клиентов в деле совладания с препятствиями к выполнению ответственных действий. Гораздо более проблематичной оказывается длительная череда начатых, но не выполненных до конца домашних заданий. В таких обстоятельствах нужно сделать шаг назад и выполнить дополнительную работу по разделению и принятию, которая будет способствовать устранению экспериенциальных барьеров. Вы можете также посчитать целесообразным еще раз удостовериться в правильности вашей оценки ценностей клиента, прежде чем выдавать ему очередное домашнее задание.

### Как быть, если какое-то домашнее задание изначально не нравится клиенту

Наконец, как указывалось в главе 7, какие-то из домашних заданий, выдаваемых вами клиенту, могут изначально не нравиться ему. Попытайтесь определить, является ли такое отношение клиента к конкретному домашнему заданию его свободным выбором или оно продиктовано экспериенциальным избеганием или какими-то другими факторами, уже обсуждавшимися нами. Если речь в данном случае идет о свободном выборе клиента, проявите уважительное отношение к его выбору. Какие-то поведенческие домашние задания (но, конечно же, не все!) должны выполняться в ACT для того, чтобы это была именно ACT, а не что-то другое.

## *Чрезвычайная ригидность*

Психологическую гибкость и ригидность можно представлять себе как конечные точки на некоем континууме. С этой точки зрения, большинство ваших депрессивных клиентов располагаются где-то на негибкой стороне этого континуума, но кто-то из них, несомненно, будет демонстрировать более крайние уровни ригидности, чем другие. Здесь была бы уместна какая-то метафора. Психологическую ригидность можно представлять себе как ржавчину на болте. Какие-то из болтов

заржавели больше, чем другие. Если ваша задача заключается в том, чтобы снять гайку с каждого из таких болтов, то справиться с ней будет тем труднее, чем больше ржавчины на болте. Определенный объем работы и усилий требуется для того, чтобы снять гайки даже с болтов, заржавевших лишь слегка. К сожалению, некоторые клиенты достигают таких степеней психологической ригидности, что становятся похожи на сильно заржавевшие болты: просто сдвинуть с места гайку на этих заржавевших болтах — очень непростое дело. Однако после того как гайка будет хотя бы немного сдвинута с места, величина усилий, которые потребуются для того, чтобы полностью скрутить гайку с болта, может оказаться ничуть не большей, чем в случае гораздо менее заржавевших болтов.

Труднее всего бывает скрутить гайки, которые буквально "привариваются" ржавчиной к болту в результате слияния с жизненной историей, в которой с клиентом поступали несправедливо и/или в которой он сам совершил поступок, которому не может быть прощения. Клиенты, которые считают свою жизненную историю подлинной причиной возникновения у них депрессии, не в состоянии избавиться от депрессии до тех пор, пока остается неизменным сконструированный ими нарратив, который связывает предыдущие события их жизни и их эмоциональные страдания. Как указывалось в главе 6, вы должны попросить клиентов, которые демонстрируют такой тип слияния, переписать свою жизненную историю заново столько раз, сколько может оказаться необходимым для того, чтобы они признали, что возможен какой-то другой исход, даже если он не кажется им самым вероятным.

Этот подход будет работать достаточно хорошо с большинством депрессивных клиентов. К сожалению, вам наверняка встретятся несколько клиентов, которым никак не удается отстраниться от своей жизненной истории, сколько бы раз они ни переписывали ее. С этой проблемой можно справиться путем идентификации и ослабления всевозможных барьеров, которые могут препятствовать разделению с жизненной историей. Клиенты могли сильно "вложиться" в сконструированный ими нарратив; они могут объяснять свою депрессию рядом причин, которые зачастую тесно связаны друг с другом и не являются

взаимоисключающими. Одним таким барьером, обсуждению которого я посвятил немало времени, является ощущение клиентом собственной правоты (см. главы 2 и 5), и поэтому я не буду обсуждать его здесь. Вместо этого мы сосредоточим свое внимание на ослаблении чрезмерной ригидности клиента путем решения проблем прощения и на ослаблении роли жертвы, которую берет на себя клиент.

## Проблемы прощения

Клиенты могут оставаться в состоянии тесного слияния со своей жизненной историей из-за отказа простить что-либо другим людям или самому себе. Хотя ниже мы будем обсуждать эти два типа прощения по отдельности, помните, что у кого-то из ваших клиентов могут быть проблемы с тем *и* другим.

**Прощение других людей.** Отказ от прощения других людей чаще всего встречается у клиентов, которые представляют жизненную историю, в которой они стали жертвой плохого обращения со стороны других людей (обычно этими людьми являются члены их собственной семьи и другие лица, играющие важную роль в их жизни). С точки зрения ТРФ, плохое обращение со стороны других людей и прощение им такого обращения укладываются в рамки непримиримости. Это обычно выражается такими комментариями клиентов: "Они не заслуживают моего прощения" и "Каждый, кому пришлось вытерпеть то, что вытерпел я, впал бы в депрессию". До тех пор, пока возможное прощение обидчика (обидчиков) остается связанным с жизненной историей подобным образом, вербальная система в целом затвердевает и никакое движение не представляется возможным. По сути, депрессия является неизбежным исходом плохого обращения с клиентом (как рассказывает нам об этом жизненная история клиента), а депрессия никуда не девается, пока остается неизменным нарратив этой жизненной истории.

Жизненную историю изменить можно, но это было бы равносильно прощению "обидчиков". Если клиенту не приходилось страдать в руках "обидчиков" так, как страдал он, значит они остаются чистенькими, как если бы они не сделали ничего такого, что заслуживало бы прощения. Клиент может сделать выбор либо в пользу справедливого, по его

мнению, отказа от прощения и продолжения эмоциональных страданий, либо в пользу великодушного прощения своих "обидчиков" и получения возможности вести более полноценную жизнь.

Часть вашей задачи заключается в том, чтобы сделать этот выбор предельно понятным для своих клиентов. Обсуждая с клиентами вопрос выбора в пользу прощения, объясните им, что это означает с точки зрения АСТ. Поскольку бо́льшая часть того, что я могу предложить по этому вопросу, связана с интерпретацией прощения в книгах Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999, pp. 257-258] и Штросаля [*Strosahl,* 2004, pp. 240-241], я рекомендую вам получить более подробную информацию о прощении именно из этих источников. Самое важное, возможно, заключается в том, что прощение нужно не столько "обидчикам", сколько самому клиенту. Заявления клиентов о том, что люди, обращавшиеся с ними несправедливо, не заслуживают прощения, затеняют этот важный аспект в двух отношениях. Прежде всего, более важные вопросы формулируются так: заслуживает ли сам клиент права даровать прощение другим людям? Что это дало бы им? Что это могло бы дать "обидчикам", не так уж важно. Во-вторых, чтобы даровать им прощение, клиенту вовсе не нужно быть уверенным в том, что виновники плохого обращения с ним заслуживают прощения. Несущественность того, что думает по этому поводу клиент, можно подчеркнуть, спросив у клиента, готов ли он даровать им прощение даже в случае, если он уверен, что они не заслуживают прощения.

Кроме того, вы должны отдавать себе отчет в том, что прощение — это не чувство и не эмоциональное состояние, а активная форма готовности, которую клиент может выбирать свободно. Предложение прощения станет заложником любого числа экспериенциальных барьеров, если оно будет восприниматься как решение, а не как выбор. Например, клиенты могут заявлять, что прощение нельзя даровать, поскольку у них нет чувства, что они действительно прощают своих обидчиков, или что они не могут простить того, как другие поступали по отношению к ним. Когда клиент именно так относится к прощению, прощение попадает в зависимость от устранения или индуцирования определенных мыслей, чувств или других "пассажиров автобуса". Свободно выбранное

прощение не зависит ни от чего, и клиенты могут даровать его своим обидчикам, несмотря на то, что они всегда будут помнить дурное обращение этих людей с ними.

Еще одно типичное предварительное условие, которое могут выдвигать клиенты для дарования прощения, заключается в том, что "обидчик" сам должен попросить об этом. Это очевидно создает непреодолимое препятствие к прощению "обидчиков", которые уже умерли, или чье местонахождение неизвестно. Даже "обидчики", с которыми клиенты продолжают контактировать, могут не нуждаться в прощении, поскольку считают, что не сделали ничего плохого, или считают, что дарование прощения как раз и будет означать, что они все же сделали что-то плохое; возможны и другие причины, в силу которых "обидчики" не нуждаются в прощении. Суть в том, что прощение в принципе не может обставляться какими-то условиями. Соответственно, посредством техники пустого стула и/или написания письма клиенты могут даровать прощение тем, кто не смог бы просить об этом (например, уже умершим людям). При использовании техники пустого стула попросите клиентов даровать прощение своему обидчику, которого они воображают сидящим перед ними. Кроме того, вы можете проинструктировать их передать прощение в письменной форме (впрочем, такое письмо вовсе необязательно отправлять его адресату). Эти средства могут также использоваться клиентами для дарования прощения тем, кто мог бы попросить об этом, но не попросил. Клиенты могут также даровать прощение таким людям в процессе общения "тет-а-тет"; впрочем, у такой формы дарования прощения есть свои достоинства и недостатки. Достоинство заключается в том, что дарования прощения в этом случае выглядит более искренним и недвусмысленным. Потенциальный недостаток заключается в том, что дарование прощения может быть отвергнуто, в результате чего между клиентом и его обидчиком может возникнуть спор по поводу того, чья версия отношений между ними является "более правильной".

Дарование прощения другим людям похоже на исполнение клиентом своих обязательств. Соответственно, проявляйте повышенное внимание к клиентам, которые говорят, что *попытаются* простить своих

обидчиков. В случае необходимости предложите клиентам сравнить прощение и прыжок. Подобно выбору, с какой высоты прыгнуть, клиенты могут выбирать, что они готовы и что не готовы простить. После того как такой выбор будет сделан, следующий выбор заключается в том, чтобы просто прыгнуть (или не прыгнуть), т.е. даровать или не даровать прощение. Наконец, клиенты могут иногда заявлять, что им хотелось бы простить кого-то, кто обижал их в прошлом, но не знают, как сделать это. Опять-таки, уподобим прощение прыжку. Попытка прыгнуть — это не вариант; не является вариантом и попытка даровать прощение. Для того чтобы совершить прыжок, не требуются усилия; он происходит естественным образом, когда человек предоставляет силе тяготения возможность выполнить свою функцию. То же можно сказать о прощении.

Ниже приведен пример рассказа клиенту о том, как простить отца, который обижал его в детстве.

> Я хорошо понимаю вас, когда вы говорите, что не страдали бы депрессией сейчас, если бы в детстве ваш отец не обижал вас. К сожалению, сейчас мы не можем как-то повлиять на то, как он поступал по отношению к вам. Давайте лучше подумаем о том, что вы могли бы сделать здесь и сейчас в связи с тем, что случилось. В вашей власти даровать или не даровать своему отцу прощение. Вы можете свободно выбрать тот или другой вариант. Поймите меня правильно: я вовсе не утверждаю, что обращение вашего отца с вами в детстве было хорошим. Вопрос не в этом. Вопрос заключается в выборе, который сейчас стоит перед вами, и в том, как этот выбор может повлиять на вашу дальнейшую жизнь. Вариант дарования прощения, который я предлагаю вам рассмотреть, относится не столько к вашему отцу, сколько к вам. Поэтому для нас в действительности не так уж важно, заслуживает ли ваш отец прощения, даруете ли вы ему это прощение в ходе личной беседы с ним и будете ли вы всегда помнить, как он обращался с вами в детстве. Вопрос заключается в том, что дает вам лично дарование прощения или отказ от прощения. Итак, я утверждаю, что отказ от прощения будет способствовать поддержанию у вас депрессии, тогда как дарование прощения может освободить вас от депрессии и дать вам возможность жить полноценной жизнью. Именно в этом заключается выбор, который вам предстоит сделать. Я говорю "может освободить вас от депрессии",

поскольку никто не скажет вам наверняка, насколько изменится ваша жизнь после того, как вы простите своего отца. Единственный способ выяснить это — даровать своему отцу прощение и посмотреть, что изменится после этого в вашей жизни. Единственное, что можно сейчас сказать наверняка, это то, что отказ от прощения не помогает вам избавиться от депрессии. Я не предлагаю вам попытаться простить. Никакие попытки здесь не уместны — вы должны не пытаться, а действовать. Прощение подобно прыжку: вы сами выбираете, прыгать или нет. Это ваш свободный выбор. Итак, вы выбираете даровать своему отцу прощение и предоставить себе возможность освободиться от пут депрессии, чтобы вести более полноценную и осмысленную жизнь, или вы выбираете продолжать отказывать отцу в прощении и по-прежнему страдать от депрессии?

Последнее важное замечание: помните, что дарование прощения нельзя рассматривать как однократное, завершающее действие. Скорее, подобно готовности и принятию в целом, может оказаться, что клиенты даруют прощение только для того, чтобы впоследствии, когда у них вновь произойдет слияние со своей жизненной историей, забрать это прощение обратно. Поэтому прощение, возможно, придется даровать многократно.

**Прощение самого себя.** Клиентам, которые испытывают чувство вины за свои прошлые проступки и/или сожалеют об упущенных возможностях в прошлом, возможно, будет полезно даровать прощение самим себе. В таких обстоятельствах трансцендентное чувство *Я* как контекста может сделать свободный выбор в пользу дарования прощения концептуальному *Я*. Поэтому вы должны позаботиться об адекватном продвижении *Я* как контекста посредством таких интервенций, как метафора "Шахматная доска" или упражнение "Наблюдатель", с клиентами, которые являются кандидатами на самопрощение. При необходимости могут также оказаться полезны упражнения на майндфулнесс, которые психологически готовят клиентов к дарованию прощения. Такие практики косвенно помогают клиенту вступить в контакт с ощущением собственного *Я*, что позволяет клиенту даровать себе прощение.

Обсуждавшиеся выше вопросы, касающиеся прощения других людей (то, что дарование прощения является свободно выбранным актом

готовности, что попытка не относится к числу возможных вариантов, которые имеются в распоряжении клиента, и т.д.), касаются и акта самопрощения клиентов. Самым серьезным препятствием к самопрощению зачастую является заявление клиентов о том, что они не заслуживают прощения за свои прошлые ошибки. Не понимайте мысль клиента о том, что он не заслуживает прощения, буквально, пытаясь реструктурировать ее или убедить клиента, высказавшего такую мысль, что его высказывание "не соответствует действительности". Гораздо разумнее было бы сосредоточиться на том, что для клиента полезнее: поверить или не поверить в эту мысль. Воспользуйтесь стратегией разделения и подчеркните, что к мыслям, вызывающим у него чувство вины, следует относиться как к пустой болтовне его сознания, сказав примерно следующее.

> Вспомните, что наше сознание далеко не всегда является нашим другом и что зачастую оно весьма успешно внушает нам чувство собственной вины. Что же получается? С одной стороны, ваше сознание весьма успешно внушает вам чувство вины за поступки, которые вы когда-то совершили и за которые вам сейчас стыдно; с другой стороны, ваше сознание также весьма успешно внушает вам чувство вины за поступки, которые вы должны были совершить, но не совершили, о чем вы сейчас сожалеете. Мы могли бы попытаться убедить ваше сознание, что оно ошибается и что поступки, в которых оно обвиняет вас, на самом деле вы никогда не совершали. Подозреваю, что вы уже пытались делать это (это пытаются делать многие из нас), но убедились в бесплодности таких попыток — в противном случае вы не обратились бы ко мне за помощью. Мы могли бы также подтвердить, что поступки, в которых ваше сознание обвиняет вас, вы действительно совершили, но попытаться убедить ваше сознание в том, что оно должно прекратить обвинять вас в этом. Скажите мне, если я неправ, но я подозреваю, что вы тоже делали такие попытки, но убедились в их бесплодности — в противном случае вы не обратились бы ко мне за помощью. А что если мы в принципе не можем заставить ваше сознание замолчать о том, что случилось, и прекратить искать в этом вашу вину? Давайте поговорим о том, что вы можете контролировать и какие варианты есть в вашем распоряжении. Когда я говорю "вы", я имею в виду ту часть вас, которая не является вашим сознанием и не является вашими мыслями и чувствами — то есть,

ту часть вас, которая является шахматной доской, а не фигурами на ней. Я хочу, чтобы вы поняли, что эта часть вас может выбрать вариант самопрощения невзирая на мнение об этом вашего сознания. По сути, вашему сознанию может очень не понравиться одна лишь мысль о возможности самопрощения. Но это выбор, который можете сделать вы сами, а не что-то такое, что должно решить ваше сознание. Допустим, именно такие варианты есть в вашем распоряжении. Вы можете выбрать продолжать отказывать себе в самопрощении и зацикливаться на чувствах своей вины, стыда и сожаления, или можете даровать себе самопрощение и получить возможность освобождения от пут депрессии, чтобы вести более полноценную и осмысленную жизнь.

Что, если — невзирая на то, что ваше сознание говорит вам о незаслуженности вами самопрощения — именно самопрощение является тем подарком, который вы можете свободно сделать себе? Какой вариант вы выбираете: даровать себе самопрощение или не даровать его?

Как и в случае дарования прощения другим людям, будьте готовы к тому, чтобы реагировать на заявления клиентов о том, что они не знают, как простить себя. Воспользуйтесь техникой пустого стула, при которой клиент как контекстуальное *Я* дарует прощения концептуальному собственному *Я*. Как альтернативный вариант, клиенты могут также написать письмо прощения, адресованное самим себе (примерно так же, как они могли бы написать письмо прощения кому-то из своих бывших обидчиков). Наконец, будьте также готовы реиндуцировать самопрощение в случае, если клиента снова охватят чувства вины, сожаления и ненависти к самому себе.

## Выступление в роли жертвы

Еще одна форма крайней ригидности, которая препятствует повышению психологической гибкости, возникает, когда клиент продолжает играть роль страдальца или жертвы [*Hayes* et al., 1999, pp. 252–254]. Подобно нежеланию прощать других, эта форма крайней ригидности проявляется у клиентов, вся жизненная история которых полна травматизации и виктимизации. Поэтому выступление в роли страдальца или жертвы оказывается вполне совместимым с нежеланием прощать

других, хотя у первого есть свой собственный, особый привкус. В частности, нежелание прощать оказывается несколько более пассивным по своей природе: “Я мог бы предоставить вам (обидчику) то, в чем вы нуждаетесь, но вы не заслуживаете этого, и поэтому я не намерен предоставлять вам это”. Выступление в роли страдальца или жертвы имеет более активный, мстительный, вызывающий привкус: “Вы заслуживаете того, чтобы я продемонстрировал вам (обидчику), а также всему миру свои страдания. Все вы должны увидеть, как плохо вы обращались со мной”.

Термин “роль” используется здесь не для того, чтобы предельно упростить и вульгаризировать такое поведение клиента, а для того, чтобы показать, что клиент играет ее настойчиво и последовательно. Создается впечатление, что клиент подчиняется определенной совокупности правил или сценарию, в котором он является жертвой, а избранные лица — или подчас даже сама жизнь — являются отрицательными героями. По сути, если взять крайний случай, исполнение такой роли может иметь трагические и даже фатальные последствия. Как указывал Хейс и др. [*Hayes* et al., 1999], поддержание у себя депрессивного состояния является для некоторых клиентов функциональным эквивалентом убийства. Точно так же, как наличие трупа является неопровержимым доказательством того, что произошло убийство, жизнь в состоянии депрессии, лишенная энергии и смысла, может демонстрироваться клиентами как доказательство того, что в отношении их была допущена вопиющая несправедливость. По сути, чтобы доказать, что против них было совершено преступление, клиент изображает из себя мертвеца [*Hayes* et al., p. 253]. К сожалению, некоторые клиенты воспринимают это буквально, а не фигурально, а их выступление в роли жертвы может, таким образом, заключать в себе еще один мотив для суицидального поведения. В частности, совершение самоубийства может рассматриваться ими как конечный акт мести своим обидчикам, указанием на что могут служить, например, такие слова клиента: “Я покажу им всем! Они еще пожалеют, когда я уйду из жизни!”

Самоубийство как форма мести другим людям вполне совместима с использованием самоубийства для прекращения эмоционального

страдания. Оба эти мотива нужно оценить, работая с клиентами, которые имеют историю суицидального поведения и/или помышляют о причинении себе вреда. Обычно у терапевта есть возможность идентифицировать тех клиентов, которые выступают в роли страдальца или жертвы, — для этого достаточно выслушать их жизненную историю. При необходимости расспросите их об их прошлой и нынешней суицидальности и выясните, возникали ли у них когда-либо мысли о самоубийстве как способе мести тем, кто, возможно, причинил им зло. Мой собственный опыт говорит о том, что депрессивные клиенты с таким суицидальным мотивом не отказываются обсудить эту проблему с терапевтом. Таким образом, ваша задача заключается не в идентификации тех клиентов, которые могут выступать в роли страдальца или жертвы, поскольку здесь все достаточно очевидно, а в разрушении того типа слияния, который поддерживает стремление клиента выступать в этой роли.

Хотя есть риск того, что ваши клиенты могут почувствовать себя разоблаченными, последствия решения этой проблемы окольными (т.е. не прямыми) путями могут быть слишком серьезными. Приведенные ниже рекомендации относительно того, что следует сказать клиенту в таком случае, представляют собой результат небольшой адаптации рекомендаций, предложенных Хейсом и др. [*Hayes* et al., 1999, p. 253]. Цель адаптации заключалась в том, чтобы привести эти рекомендации в большее соответствие с опытом депрессивных клиентов.

> Я хотел бы, чтобы мы поговорили о вопросе, которого вы, наверное, предпочли бы не касаться. И если обсуждаемый предмет не понравится вам, я великодушно разрешаю вам послать меня к черту. Хочу заранее предупредить вас, что намереваюсь обсуждать эту тему вовсе не для того, чтобы разозлить вас, а для того, чтобы предотвратить крайне неприятные последствия, которые могут наступить в случае, если это обсуждение вообще не состоится. Вопрос не в том, относились ли к вам несправедливо. Наверное, к вам действительно относились несправедливо. Вопрос в том, насколько важно для вас убедить тех, кто плохо относился к вам, в том, что вы страдали и продолжаете страдать в результате их действий? Вопрос также в том, насколько важно для вас, чтобы все остальные видели в вас человека, с которым плохо обращались другие? И насколько важно

для вас, чтобы все остальные знали, кто именно третировал вас? Что если единственный способ, каким вы можете осуществить все эти важные для себя вещи, заключается в том, чтобы, продолжая выступать в роли жертвы, поддерживать у себя таким образом депрессивное состояние? Поддерживая у себя депрессивное состояние, вы демонстрируете всем окружающим, как плохо обращались с вами другие.

Что если вести себя так вовсе не обязательно? Вам нужно сделать выбор. Один из возможных вариантов заключается в том, что вы продолжаете жить по-старому. Вы поддерживаете у себя депрессивное состояние, вызывая у тех, кто плохо обращался с вами, ощущение своей личной ответственности за ваше нынешнее состояние. Другой вариант заключается в том, чтобы избавиться от депрессии и жить полноценной, осмысленной жизнью. Недостаток этого варианта заключается в том, что, демонстрируя окружающим свое хорошее состояние, вы освобождаете от моральной ответственности тех, кто плохо обращался с вами. В этом случае факт плохого обращения с вами остается неизменным, но вам уже нет необходимости продолжать страдать, чтобы доказать вину тех, кто плохо обращался с вами. Что важнее для вас — жить полноценной, осмысленной жизнью или стремиться, чтобы не ушли от моральной ответственности те, кто плохо обращался с вами? Две эти цели несовместимы друг с другом. Итак, какой вариант вы выбираете?

Если необходимо, заверьте своих клиентов в том, что вы не подвергаете сомнению те части их жизненной истории, которые подробно освещают плохое обращение с ними других людей; речь идет лишь о необходимости продолжать вести депрессивную жизнь, если клиент будет продолжать выступать в роли жертвы. Кроме того, в самом начале разговора будьте готовы открыто признать естественность отрицательных эмоций (гнев, раздражение) со стороны клиента в ваш адрес, и постарайтесь спокойно реагировать на эти эмоции.

## Сопутствующие клинические проблемы

Вы можете столкнуться с рядом сопутствующих клинических проблем, которые могут ухудшить вашу способность эффективно применять АСТ в отношении депрессивных клиентов. В этом разделе мы

рассмотрим две такие проблемы, возникающие при работе с клиентами, которые страдают, в дополнение к депрессии, коморбидными заболеваниями и/или параллельно проходят какие-то другие курсы лечения.

## *Проблемы коморбидности*

Вполне возможно, что значительная доля ваших клиентов, пытающихся излечиться от депрессии, будет также демонстрировать другие диагностируемые формы человеческого страдания, в частности тревожные расстройства [*Brown* et al., 2001; *Mineka* et al., 1998] и/или наркозависимость или алкогольную зависимость [*Regier* et al., 1990]. Постарайтесь по крайней мере выяснить наличие у клиента этих других параллельных картин поведения и подробно расспросите, есть ли у него какие-то другие проблемы, которые он хотел бы решить в ходе терапии. Некоторые клиенты могут сообщать о наличии у них каких-то других проблем, утверждая при этом, что их вполне удовлетворяет качество медицинских услуг, оказываемых им другими специалистами в связи с этими проблемами. Это представляет несколько другую задачу (о которой мы поговорим в разделе, следующем за этим), чем та, которую вам приходится решать, будучи единственным клиницистом, ответственным за лечение сразу нескольких проблем клиента.

Как я указывал в главе 5, к настоящему времени лишь несколько исследований [*Batten* & *Hayes,* 2005; *Petersen,* 2007] оценивали способность ACT успешно решать одновременно существующие диагностируемые проблемы. Хотя результаты этих исследований оказались весьма многообещающими, они создают заведомо недостаточную базу, на которой можно было бы разрабатывать эмпирически поддерживаемые рекомендации относительно того, как справляться с проблемами коморбидности в случае применения ACT. В главе 5 я также указывал, что ряд свидетельств позволяют сделать вывод о предпочтительности лечения тревожных расстройств до депрессии [*Joorman* et al., 2005], но степень, в которой такие выводы из когнитивно-поведенческих интервенций второго порядка можно обобщить на ACT, остается не вполне понятной.

Картина, которая вырисовывается в результате анализа литературы по лечению коморбидной депрессии и наркозависимости, оказывается еще более неопределенной. Вследствие проблем финансирования и обучения [*McNeese* & *DiNitto,* 2005], лечение клиентов, страдающих обеими совокупностями расстройств, обычно происходило практически независимо: клиенты проходили первичную терапию либо в связи с депрессией, либо в связи с наркозависимостью, а второму заболеванию уделялось лишь минимальное — и зачастую запоздалое — внимание [*Kessler* et al., 1996]. Какие-то усилия предпринимались для оказания более координированных медицинских услуг клиентам, страдающим обеими совокупностями расстройств [*Cross-Drew,* 2002], но опять-таки, был проведен явно недостаточный объем исследований по одновременному лечению того и другого [*Mueser, Noordsy, Drake,* & *Fox,* 2003] чтобы они могли служить адекватной базой для каких-либо эмпирически обоснованных терапевтических рекомендаций.

Как указывалось в главе 5 (и в отсутствие каких-либо других рекомендаций, которым можно было бы следовать), постарайтесь определить, насколько это будет в ваших силах, как какая-либо параллельно существующая проблема (например, генерализованное тревожное расстройство или алкогольная зависимость) может быть функционально связана с депрессией вашего клиента. Например, депрессивные клиенты с диагностируемым тревожным расстройством, вполне вероятно, пытались каким-то образом избавиться от своего дисфорического настроения, а также от беспокойства и сопутствующих эмоций. Те, у кого выработалась зависимость от алкоголя, наверняка использовали алкогольную интоксикацию как способ экспериенциального бегства, хотя, по всей вероятности, как пел Мерл Хаггард (1966), в какие-то вечера "бутылка не оправдывала их ожиданий". Какие-то из техник АСТ, используемых для борьбы с депрессией (например, продвижение разделения и майндфулнесс), можно легко распространить на определенные личные события, такие как беспокойство и "воспоминания о прошлом", которые в большей степени характерны для других форм страдания. Конкретное рассматриваемое психологическое содержание может быть разным при разных заболеваниях, но в каждом случае могут быть

задействованы одни и те же процессы экспериенциального избегания. В той мере, в какой это отвечает действительному положению дел, депрессию и другие параллельно существующие проблемы можно лечить одновременно посредством АСТ.

Теоретически возможно, что у кого-то из ваших клиентов могут существовать другие проблемы, которые, по крайней мере вначале, могут казаться функционально независимыми от их депрессии. В таких случаях приступайте сразу же к лечению депрессии и лишь после этого, при необходимости, переходите к лечению коморбидного заболевания. Не удивляйтесь, однако, если окажется, что, пока вы работали над депрессией, в этот процесс "втягивается" коморбидное заболевание. Это не представляет серьезной проблемы, поскольку лишь означает, что ваша первоначальная концептуализация, исходящая из представления о функциональной независимости этих двух заболеваний, оказалась неправильной. В этом случае переходите к использованию интегрированного подхода, который фокусируется на общих процессах, одновременно способствующих обоим заболеваниям.

## *Вопросы параллельного лечения*

К вам является клиент, который обращается к вам за помощью по поводу депрессии, но которому другие специалисты по психическому здоровью предоставляют в настоящее время другие формы психологических услуг. В этом случае возможны по меньшей мере два варианта. У этого клиента может не быть коморбидных проблем, но он может в это же самое время проходить дополнительные курсы терапии в связи со своей депрессией. Как альтернативный вариант, у этого клиента могут быть дополнительные диагностируемые проблемы, лечением которых в настоящее время занимаются другие специалисты по психическому здоровью. Возможно также, что одновременно будут проводиться оба типа лечения. В любом из этих случаев важный вопрос заключается в том, как эти другие виды лечения могут сочетаться с АСТ. Возможно, другие виды лечения будут удачно дополнять АСТ, но возможен и вариант, при котором эти виды лечения будут чинить препятствия АСТ, снижая ее эффективность.

## Лечение депрессии

Дополнительное параллельное лечение депрессии, которое может проводиться в отношении ваших клиентов, может осуществляться в нескольких формах, включая прием антидепрессантов и другие типы психотерапии.

**Фармакотерапия.** За последние двадцать лет амбулаторное лечение депрессии в Соединенных Штатах все чаще предусматривает использование лекарств-антидепрессантов. За период с 1987 по 1997 гг. в Соединенных Штатах доля депрессивных клиентов, принимающих антидепрессанты, увеличилась до 75%, тогда как процент тех, кто использует психотерапевтические методы лечения, снизился до 60% [*Olfson* et al., 2002]. Важно не только то, что антидепрессанты принимает все большее число лиц, страдающих депрессией, но и то, что антидепрессанты все чаще (более 87%) назначаются терапевтами непсихиатрического профиля, например семейными врачами, врачами общего профиля и, когда речь идет о женщинах, гинекологами [*Olfson* et al.].

Вследствие таких тенденций вам все чаще будут встречаться клиенты, пытающиеся излечиться от депрессии, которые уже принимают лекарства, назначенные их семейным врачом. Получите от своего клиента двустороннюю расписку, разрешающую вам и его семейному врачу выработать совместный комплексный план лечения этого клиента.

В отличие от некоторых других когнитивно-поведенческих подходов к лечению депрессии [*Hollon, Thase,* & *Markowitz,* 2002], к настоящему времени еще не проводились сравнительные исследования эффективности сочетания "фармакотерапия *плюс* ACT" и "только ACT". Кроме того, при проведении двух исследований, сравнивавших ACT с когнитивной терапией для лечения депрессии [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989], при оценивании результатов этих исследований отсеивались их участники, принимавшие антидепрессанты. Таким образом, вам не остается ничего другого, кроме как принимать решения о целесообразности сочетания ACT и антидепрессантов индивидуально, применительно к каждому конкретному случаю. Однако, даже если в вашем распоряжении было достаточное количество результатов сравнительных

исследований эффективности сочетания “фармакотерапия *плюс* АСТ” и “только АСТ”, вам все равно понадобилось бы концептуализировать соответствие приема антидепрессантов комплексному плану лечения для каждого клиента.

Таким образом, более функциональный вопрос, на который вам предстоит ответить, заключается не в том, является ли сочетание этих двух видов лечения в целом более эффективным, чем применение лишь какого-то одного из них, а в том, полезно ли для данного клиента одновременно принимать антидепрессант и проходить курс лечения посредством АСТ. Пытаясь найти ответ на этот вопрос, спросите у себя и своего клиента, зачем ему принимать это лекарство. То есть, каким целям это служит и насколько эти цели совпадают с целями, которых пытается достичь АСТ? Мой собственный клинический опыт применения АСТ для лечения депрессии говорит о том, что большинство обращающихся ко мне клиентов, которые уже принимают антидепрессанты, желают просто научиться регулировать свое настроение. Однако по мере все большего ознакомления с АСТ и осознания тщетности повестки эмоционального контроля большинство этих клиентов сами начинают сомневаться по крайней мере в долгосрочной полезности фармакотерапии. Эти сомнения возникают у них уже к следующей сессии после индуцирования креативной безнадежности. Как я указывал ранее, я просил таких клиентов вернуться, например, к сессии после представления метафоры “Человек в дыре”, спрашивая, не является ли использование ими антидепрессантов еще одной формой рытья ямы. Обсудите со своими клиентами мысли, которые могут возникать у них по поводу прекращения приема антидепрессантов, подчеркнув при этом, что окончательное решение по данному вопросу должны принять только они сами. В любом случае укажите клиенту, что решение о сокращении или прекращении приема антидепрессантов необходимо обсудить с терапевтом, который посоветовал клиенту принимать их.

Некоторым клиентам может понадобиться определенный уровень жизненных сил и энергии, чтобы участвовать в таких формах ответственных действий, без которых невозможно вести полнокровную

жизнь в соответствии со своими ценностями. Поэтому депрессивные клиенты, страдающие бессонницей, хронической усталостью и испытывающие проблемы с концентрацией внимания, могут быть более отзывчивы на АСТ, принимая антидепрессанты, которые минимизируют такие симптомы. Прием антидепрессантов в таком контексте не выполняет функцию экспериенциального избегания и потому маловероятно, что он мог бы создавать препятствия для АСТ. Скорее, он может выполнять восстановительную функцию и повышать вероятность совершения клиентом действий, отвечающих его ценностям.

До сих пор мы рассматривали вопросы, касающиеся клиентов, которые приступают к АСТ, уже принимая антидепрессанты. Возможно также, что вам могут встретиться клиенты, которые в настоящее время не принимают антидепрессанты, но могут быть потенциальными кандидатами на прием антидепрессантов. Поскольку мы сосредоточили свое внимание на амбулаторном лечении депрессии, вероятность того, что вам придется иметь дело с такими клиентами, будет меньше, чем в случае, если бы вам приходилось работать с клиентами, проходящими стационарное лечение. Поэтому лично мне никогда не приходилось рекомендовать клиентам, еще не принимающим антидепрессанты, прибегнуть к помощи фармакотерапии. Однако я вполне могу вообразить такую ситуацию, если бы мне пришлось работать с клиентом, сильно ограниченным в своем диапазоне физической активности "вегетативными признаками" депрессии [*Ward, Bloom, & Friedel,* 1979].

Более вероятный сценарий заключается в том, что в какой-то момент прохождения вашими клиентами курса терапии они могут поднять вопрос применения дополнительного лечения в форме фармакотерапии. Ваш ответ на этот вопрос должен зависеть от того, сколько сессий уже состоялось, какой прогресс был достигнут клиентом к этому времени, а также от того, какая цель должна быть достигнута в результате приема антидепрессантов. В частности, порекомендуйте клиентам, которые подняли этот вопрос на раннем этапе АСТ, уделять больше времени оценке своей реакции на него. Когда бы это ни случилось, представляется нецелесообразным поддерживать у клиента

стремление к приему антидепрессантов, если он просто хочет "лучше чувствовать себя" (или, вообще говоря, хочет с помощью антидепрессантов контролировать свои эмоции и регулировать настроение). Между тем, прием антидепрессантов вовсе не противопоказан (и не противоречит ACT), если клиент пытается таким образом решить проблемы с бессонницей, хронической усталостью и концентрацией внимания, хотя в этом случае следует рассмотреть возможность использования других способов облегчения этих симптомов, например использование поведенческих интервенций в случае бессонницы [*Smith* et al., 2002]. Для лечения бессонницы можно также использовать техники само*й* ACT [*Hayes* et al., 1999, p. 133]; правда, я не встречал еще публикаций, которые указывали бы на эффективность ACT в деле лечения бессонницы.

**Другие типы психотерапии.** Если вы психолог, нет ничего предосудительного в том, что вы беретесь лечить с помощью ACT клиента, которому в каком-то другом месте уже оказывают психотерапевтическую помощь в связи с депрессией [*American Psychological Association*, 2002]. Однако вы, несомненно, не обязаны принимать таких лиц как клиентов; более того, вам следует серьезно подумать над потенциальными последствиями вашего решения лечить такого клиента. Ниже в этой главе мы обсудим в более общем плане некоторые этические вопросы, связанные с "параллельным" лечением, и если вы не являетесь профессиональным психологом, сверьтесь с моральным кодексом вашей профессии для получения исчерпывающих ответов на эти вопросы.

Поскольку ACT представляет собой весьма уникальный подход к лечению депрессии (см. глава 1), вполне вероятно, что любая другая параллельно проводимая психотерапия может чинить ей какие-то препятствия. В частности, как указывалось в главе 1, ACT представляет собой подход второго порядка, тогда как многие другие психотерапии стремятся к изменениям первого порядка путем изменения формы, частоты или содержания проблемных психологических событий, а не функций, которые они выполняют. С этой точки зрения, ACT стремится ослабить эксперienциальный контроль, тогда как многие другие

психотерапевтические подходы к лечению депрессии — по меньшей мере неявно, а то и явно — стремятся усилить его. Как следствие, депрессивные клиенты, которых одновременно лечат, например, с помощью АСТ и когнитивной терапии, будут получать заведомо разные месседжи относительно того, как реагировать на свои депрессивные мысли. Хотя нет ничего невозможного в том, чтобы рационализировать и переформатировать определенные техники и процедуры, которые являются неотъемлемой частью других психологических терапий, применяемых для лечения депрессии, с целью достижения их совместимости с АСТ, решение этой задачи может потребовать серьезных затрат времени и сил, которые можно было бы потратить более эффективно, пользуясь лишь техниками и процедурами АСТ. Поэтому я рекомендую вам не пытаться работать с клиентами, которые одновременно участвуют в других формах психотерапии для лечения депрессии, если только вы не уверены в том, что в вашем конкретном случае конфликт с повесткой и целями АСТ невозможен.

Аналогичные соображения применимы к ситуации, когда один из ваших клиентов (с которым вы уже работаете) намеревается получить дополнительное психологическое лечение депрессии. Обсудите с этим клиентом свои соображения по данному вопросу и, если необходимо, инициируйте прекращение лечения, как только клиент заявит вам, что он твердо решил продолжить лечение депрессии у другого терапевта.

## Лечение коморбидных проблем

Как указывалось ранее, самыми типичными "параллельными' проблемами, которые ваши депрессивные клиенты могут решать с помощью других специалистов по психическому здоровью, являются тревожные расстройства, а также употребление наркотиков/наркозависимость. Одновременное лечение этих других проблем может снижать эффективность лечения депрессии посредством АСТ до такой степени, что результаты того и другого лечения окажутся близкими к нулю.

**Тревожные расстройства.** В Соединенных Штатах с 1987 по 1999 гг. доля амбулаторных пациентов, проходящих курс медикаментозного

лечения тревожных расстройств, повысилась до 70%, тогда как доля тех, кто лечится с помощью психотерапии, упала ниже 50% [*Olfson, Marcus, Wan, & Geissler,* 2004]. Таким образом, те из ваших клиентов, кто лечится от тревожных расстройств у других специалистов, почти наверняка проходят курс фармакотерапии. К сожалению, цели лечения с помощью любых лекарств, применяемых для снижения тревожности, как правило, несовместимы с целями АСТ и почти наверняка передают клиентам противоречивые месседжи относительно тех способов преодоления тревожности, которые следует считать оптимальными [*Eifert & Forsyth,* 2005, pp. 251-252].

Особенно проблематичным является использование бензодиазепинов депрессивными клиентами, которых вы лечите с помощью АСТ. Использование бензодиазепинов, таких как диазепам ("Валиум") и алпразолам ("Ксанакс"), может не только привести к возникновению психологической и физиологической зависимости [*PDR Drug Guide for Mental Health Professionals,* 2002], но, как оказалось, они также снижают лечебную эффективность когнитивно-поведенческих интервенций в случае тревожных расстройств [*Sanderson & Wetzler,* 1993; *Wardle,* 1990]. Вероятнее всего, это происходит в результате помех, создаваемых анксиолитиками при выполнении упражнений на экспозицию (воздействие) при проведении курса поведенческой терапии. Бензодиазепины минимизируют тревожность, тогда как упражнения на экспозицию зачастую призваны максимизировать ее. Применение АСТ для лечения депрессии не включает упражнения на экспозицию как таковые, но ответственные действия в мире за пределами терапии являются неотъемлемой частью лечения. В той мере, в какой поведенческие домашние задания могут представлять собой форму подвергания клиента воздействию стимулов и контекстов, вызывающих тревогу, эффективность АСТ также может снижаться, если при выполнении таких домашних заданий клиент принимает бензодиазепины.

Соображения, подобные тем, которые изложены выше относительно клиентов, получающих другие формы психотерапии для лечения депрессии, также распространяются на случаи, когда тревожные расстройства параллельно лечатся другими психотерапевтами. Клиенты

вряд ли получат качественные психотерапевтические услуги, если к ним будут применяться методы лечения, реализующие несовместимые между собой повестки и доносящие до клиентов конфликтующие между собой месседжи. Хотя речь идет о весьма деликатной материи, было бы вполне оправданно, с моральной точки зрения, обсудить с потенциальными клиентами возможность передачи вам права лечения любых коморбидных проблем. Вас, конечно, могут обвинить в попытке перехватить клиента у какого-то другого специалиста по психическому здоровью, однако вы должны помнить, что ваши действия полностью отвечают этическим принципам милосердия и непричинения вреда здоровью [*American Psychological Association,* 2002, p. 1062]. Как альтернативный вариант, вы можете отказаться лечить посредством АСТ депрессивного клиента, которому какой-то другой терапевт уже оказывает психотерапевтические услуги в связи с тревожным расстройством.

**Употребление наркотиков/наркозависимость.** Сценарий, с которым вы, вероятнее всего, столкнетесь при одновременном лечении расстройств, связанных с употреблением наркотиков/наркозависимостью, включает клиентов, участвующих в программе "Анонимные алкоголики" (АА) [*Weisner, Greenfield,* & *Room,* 1995]. Обеспокоенность в связи с тем, что такое сочетание может ослабить эффективность АСТ, как правило, оказывается гораздо меньшей, чем обеспокоенность, связанная с другими обстоятельствами одновременного лечения, которые мы рассматривали выше. Как я уже упоминал, акцент, который программы из 12 этапов, в целом, и АА, в частности, делают на экспериенциальном принятии, вполне совместим с повесткой и задачами АСТ [*Wilson* & *Byrd,* 2004; *Wulfert,* 1994]. Тем не менее, я рекомендую вам внимательно отслеживать вовлеченность ваших клиентов в АА или подобные ей программы. Речь идет не столько о своевременном выявлении и минимизации источников конфликтов между АСТ и этими подходами, сколько об идентификации возможностей объединения того, чему ваши клиенты научились в процессе прохождения программ АА, с тем, что они узнали от вас в результате прохождения курса АСТ. Если вам удастся удачно объединить то и другое,

влияние обоих подходов и способность ваших клиентов жить более полнокровной жизнью в соответствии с их ценностями посредством умелого управления своей параллельной борьбой с депрессией и алкоголизмом вполне может усилиться.

## Этические соображения

Ряд этических соображений, связанных с лечением депрессии посредством АСТ, уже упоминался мною в этой, а также в предыдущих главах. В этом последнем разделе мы кратко затронем несколько из этих вопросов, относящихся к информированному согласию, управлению суицидальностью и параллельному лечению, которые уместны при использовании любого психологического подхода к лечению депрессии, и еще раз проясним, как они относятся к АСТ. Поскольку я являюсь дипломированным психологом, я буду ссылаться на этические принципы и кодекс поведения психологов [*American Psychological Association,* 2002] как руководство к действию, когда приходится иметь дело с такими вопросами. Если же вы не являетесь профессиональным психологом, руководствуйтесь соответствующей совокупностью моральных правил, принятой в той сфере психического здоровья, специалистом в которой вы являетесь.

### *Информированное согласие*

Вы обязаны получить информированное согласие клиента на терапию независимо от природы планируемого вами лечения. Однако ваши моральные обязанности в связи с получением информированного согласия клиента на АСТ могут быть несколько более обширными, чем в случае каких-то других вариантов лечения (например, когнитивной терапии), вследствие его в целом довольно *эмпирического* статуса. Согласно Стандарту 10.01 морального кодекса АРА психологи должны проинформировать клиентов о "формирующейся природе" любого "лечения, для которого общепризнанные техники и процедуры еще не установлены окончательно" [*American Psychological Association,* 2002, p. 1072]. Неясно, является ли АСТ для лечения

депрессии “формирующимся” лечением, поскольку данный моральный кодекс не указывает, как именно должен определяться этот термин. В таких обстоятельствах консервативный подход, воплощенный в раздаточном материале “Что такое терапия принятия и ответственности” (приложение К), который вы можете вручать своим клиентам, гарантирует, что клиенты будут полностью проинформированы об АСТ, прежде чем дать свое согласие на его использование. Несмотря на то что сравнительные исследования продемонстрировали преимущества АСТ перед когнитивной терапией при лечении депрессии [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989], АСТ все еще не пользуется такой же широтой и глубиной эмпирической поддержки, как когнитивная терапия, межличностная терапия и поведенческая активация, чтобы в настоящее время гарантировать признание АСТ как еще одного “устоявшегося” метода лечения депрессии [*Chambless* et al., 1996, 1998; *Task Force,* 1995].

Кроме того, согласно тому же Стандарту 10.01 психологи обязаны проинформировать клиентов об “альтернативных способах лечения, имеющихся в настоящее время” и “потенциальных рисках”, связанных с предлагаемым методом лечения [*American Psychological Association,* 2002, p. 1072]. Вы можете также решить обе эти задачи, вручив клиентам раздаточный материал “Что такое терапия принятия и ответственности” (приложение К). В частности, когнитивная, межличностная и поведенческая терапии там упоминаются как альтернативные способы лечения депрессии; говорится также о возможном риске нереагирования на АСТ, хотя все эти темы, касающиеся информированного согласия клиента, вы можете также осветить непосредственно в ходе общения с вашими клиентами.

## *Управление суицидальностью*

Моральный кодекс АРА не содержит конкретных стандартов, касающихся управления суицидальными клиентами. Однако релевантными представляются по меньшей мере два общих принципа, на которых основываются сами этические стандарты. Никуда не уйти и от этических аспектов вашего реагирования на мысли депрессивных клиентов

о самоубийстве. С одной стороны, согласно Принципу А: милосердие и непричинение вреда здоровью, поведение психологов должно приносить пользу их клиентам или хотя бы не причинять им вреда. Однако, согласно Принципу Е: уважение к правам и достоинству людей, психологи должны уважать самоопределение и конфиденциальность клиентов. Если перед вами возникает перспектива принудительной госпитализации суицидальных клиентов, возникает очевидный конфликт между этими двумя вдохновляющими принципами. Если следовать этому варианту, то вы сможете защитить клиента от причинения вреда самому себе — но ценой нарушения его конфиденциальности и автономности. В противном случае вы проявите уважение к праву клиента на самоопределение, но за счет риска, что он причинит вред самому себе — вплоть до лишения себя жизни.

Поскольку этот моральный кодекс не детализирует ваш предполагаемый образ действий, целью которого является управление суицидальным поведением, у вас остается определенное пространство для маневра, т.е. для приведения вашей реакции в соответствие с вашими собственными ценностями и моральными принципами, а также с вашими личными, философскими и религиозными представлениями о самоубийстве. Как указывают Чайлис и Штросаль [*Chiles & Strosahl,* 2005], очень важно, чтобы вы периодически заново оценивали и проясняли свою собственную моральную позицию в отношении самоубийства и нефатальных форм членовредительства, чтобы быть, например, уверенным в том, что решение госпитализировать клиента против его воли действительно принесет ему пользу. Чьим интересам служат такие действия — вашим или вашего клиента? Как подчеркивают Чайлис и Штросаль, вариант принудительной госпитализации суицидального клиента с целью его защиты от самого себя может быть минимизирован выбором такого подхода к снижению суицидальности, который ориентирован в большей степени на оказание помощи клиенту, а не на снижение ваших собственных тревог и опасений. Один такой ACT-совместимый подход был описан ранее в этой главе и подробно обсуждается в указанной выше книге Чайлиса и Штросаля.

## *Параллельное лечение*

Как указывалось ранее — и согласно стандарту 10.04 морального кодекса, — психологам разрешается "предлагать или оказывать услуги тем, кому уже оказывают услуги другие специалисты по психическому здоровью" [*American Psychological Association,* 2002, p. 1073]. Однако то обстоятельство, что такое поведение разрешено по моральным соображениям, еще не означает, что оно является морально оправданным. В таких вопросах критически важный вопрос заключается не в том, будете ли вы лично чувствовать себя комфортно, работая с клиентом в таких обстоятельствах. Скорее, принципы милосердия и непричинения вреда здоровью имеют более высокий приоритет, чем все остальные соображения.

Всесторонне продумайте, какой вариант вы действительно считаете максимально отвечающим интересам данного клиента. Чей подход к лечению депрессии — ваш или другого специалиста по психическому здоровью — принесет больше пользы потенциальному клиенту, обратившемуся к вам по поводу своей депрессии, но проходящему сейчас курс терапии в связи с каким-то другим психическим расстройством у этого специалиста по психическому здоровью? Чтобы ответить на этот вопрос, вам может понадобиться получить значительный объем информации об этом другом психическом расстройстве, а также о том, как и кем оно лечится, не только от этого потенциального клиента, но и — с разрешения клиента — у специалиста по психическому здоровью, который проводит курс терапии с этим клиентом. Как указывалось выше, некоторые типы параллельного лечения, например посещение собраний АА депрессивным клиентом с историей злоупотребления алкоголем, вполне совместимы с целями и подходом АСТ и, следовательно, отвечают интересам данного клиента. Другие сценарии параллельного лечения, например лечение депрессивного клиента с историей приема ксанакса по поводу генерализованного тревожного расстройства, могут быть несовместимы с целями и подходом АСТ, особенно если этот клиент и терапевт, назначивший ему прием ксанакса, не склонны к сотрудничеству с вами с целью изучения того, как

такая фармакотерапия может сочетаться с ACT в рамках комплексного плана лечения данного клиента.

## Заключение

В этой главе мы рассмотрели несколько вопросов и проблем, с которыми может столкнуться терапевт в процессе применения ACT к клиентам, которые жалуются на депрессию. Вы можете сталкиваться с какими-то из этих проблем, например с проблемами одновременного лечения нескольких психических расстройств, чаще, чем другие. Вероятность того, что вы можете столкнуться с какими-то из проблем, обсуждавшихся в этой главе, чаще, чем другие, сама по себе может определяться, помимо других переменных, природой вашей практики. Например, вы можете чаще, чем другие, сталкиваться с проблемами одновременного лечения, если вы оказываете услуги как штатный сотрудник какого-либо провинциального центра психического здоровья, клиенты которого имеют ограниченный доступ к другим формам получения услуг, связанных с психическим здоровьем, а также к медицинскому обслуживанию в целом. Возможно, вам не остается ничего другого, как оказывать услуги любым клиентам, которые обращаются к вам за помощью, на какие бы типы коморбидных проблем они ни жаловались. Положительной стороной, однако, оказывается то, что в этом случае вам будет легче сотрудничать со своими коллегами в разработке и реализации комплексного плана лечения для ваших депрессивных клиентов.

С другой стороны, типы клиентов и наиболее характерные проблемы, с жалобами на которые они обращаются к вам, могут оказаться совершенно другими, если вы занимаетесь самостоятельной практикой в большом городе, специализируясь на лечении депрессии. Недостаток заключается в том, что в такой ситуации вам может оказаться гораздо труднее консультироваться с коллегами в деле решения ряда проблем, которые мы рассматривали в этой главе. С другой стороны, в такой ситуации вам может оказаться гораздо проще направлять клиентов к другим провайдерам медицинских услуг и вы можете несколько

разборчивее подходить к тому, каких именно потенциальных клиентов вы будете готовы лечить посредством АСТ.

Некоторые из других проблем, обсуждавшихся в этой главе, например невыполнение клиентами своих домашних заданий и готовность клиентов к прощению своих обидчиков или самих себя, предположительно гораздо меньше зависят от особенностей вашей конкретной "ниши практикования" и скорее всего будут возникать в достаточно широком спектре клиентов, страдающих депрессией. С какими бы проблемами вы чаще всего ни сталкивались в процессе применения АСТ в своей работе с депрессивными клиентами, я надеюсь, вам будет полезно время от времени возвращаться к материалу этой главы за советами, касающимися эффективного реагирования на такие проблемы.

# ГЛАВА 11

# Выводы

Эта глава знаменует собой конец путешествия, тема которого — применение АСТ для лечения депрессии. Если вы — клиницист, специализирующийся на эффективном лечении клиентов с депрессией, надеюсь, что предыдущие главы дали вам возможность заложить прочный фундамент теоретических знаний и методов практического применения АСТ, который позволит вам вернуть своих клиентов к здоровой и полноценной жизни.

Однако применение АСТ для лечения депрессии само по себе встроено в более обширный предмет, охватывающий АСТ и ТРФ. Кому-то из клиницистов, возможно, захочется ознакомиться с еще более полной картиной АСТ, чтобы понять ее истоки и направление ее дальнейшего развития. Именно с этой целью я написал данную главу.

Однако прежде всего мне хотелось бы вернуться к тому, как нужно понимать саму АСТ. В частности, взгляд на истоки и направление дальнейшего развития АСТ может определяться тем, как мы представляем себе АСТ: как некую совокупность терапевтических техник или как интегрированный парадигматический подход к облегчению человеческих страданий, в рамки которого помещены сами эти техники. Лично я придерживаюсь второго взгляда на АСТ.

## АСТ как интегрированный парадигматический подход

Термин "парадигма" используется здесь в смысле, который придавался ему Кунианом [*Kuhnian,* 1962]: некое научное представление о мироустройстве, или концептуальный каркас, в рамках которого работают ученые. Одни парадигматические подходы отличаются от других

на философском уровне. Соответственно, степень, в которой ACT можно рассматривать как некий парадигматический подход, в конечном счете зависит от его фундаментальных предположений о природе самой психологической науки и человеческого поведения, которые отличают его от других концептуальных каркасов, в рамках которых можно подходить к вопросу облегчения человеческих страданий. Однако, как утверждал Хейс [*Hayes,* 1978], парадигмы в поведенческих подходах к клинической психологии обычно можно представлять себе как включающие много уровней анализа, которые — хотя и основываются на разных основополагающих философских позициях — влекут за собой также концептуальные, методологические и технические различия.

## *Философский уровень анализа*

Как указывалось в главе 1, философской основой ACT является функциональный контекстуализм [*Hayes,* 1993]. С этой точки зрения, любое поведение — включая проблемы, на которые жалуются ваши клиенты, проведение вами ACT, а также написание мною книг об ACT и научное исследование ACT — рассматривается как "действия в контексте" [*Pepper,* 1942]. Говоря несколько по-иному, философская традиция, которая служит основой ACT, исходит из того, что любое поведение целесообразнее всего рассматривать как взаимодействие организма в целом в неких исторических и ситуационных контекстах [*Hayes,* 1993].

Исторический контекст для поведения ваших клиентов включает их прошлый индивидуальный опыт обучения и жизнь, наполненную уникальными личными событиями. Ситуационный контекст, в котором реализуется их поведение, включает их физические и социальные окружения, в том числе ваши взаимодействия с ними в процессе терапии. Хотя у вас нет возможности буквально изменить персональные истории ваших клиентов, вы тем не менее можете — в рамках ACT — изменить функциональное влияние, оказываемое на их поведение предыдущими событиями в их жизни, помогая своим клиентам заново рассказать истории, сочиненные ими о себе. Также маловероятно, что вам удастся напрямую изменить окружающий мир клиентов. Однако вы можете косвенным путем добиться изменений в физическом окружении

ваших клиентов посредством воздействия вашего поведения во время сессий на их поведение. Как указывалось выше, ваше поведение как ACT-терапевта является частью ситуационного контекста, функцией которого является поведение ваших клиентов. Измените свое поведение — и поведение ваших клиентов также изменится.

Несомненно, есть и другие философские точки зрения, отличные от функционального контекстуализма, например описательный контекстуализм [*Hayes,* 1993] или механицизм [*Hayes* & *Brownstein,* 1986], на которых могла бы основываться ACT. Кроме того, выбор в связи с этим того или иного "изма" невозможно оправдать или рационально обосновать исходя из каких-либо стандартов или критериев, которые как-то превосходят философский уровень анализа [*Hayes,* 1993]. По сути, вы могли бы свободно решить представлять себе ACT с какой-то другой философской точки зрения, хотя это могло бы повлечь за собой довольно серьезные последствия. Это объясняется тем, что каждая из всего множества различающихся между собой философских позиций, на которых могла бы основываться ACT, имеет свои собственные критерии истины, определяющие их как самостоятельные, отличные от других парадигмы [*Pepper,* 1942]. Критерием истины для контекстуализма является, в более общем плане, "успешная работа" [*Pepper,* 1942]. Функциональный контекстуализм, в отличие от описательного контекстуализма, является еще более отчетливо прагматичным в своей сфокусированности на способности предсказывать поведение и влиять на него [*Hayes,* 1993] с адекватными охватом, точностью и глубиной [*Biglan* & *Hayes,* 1996; *Hayes,* 1995; *Hayes, Follette,* & *Follette,* 1995; *Hayes* & *Hayes,* 1992] как своем критерии истины. В отличие от функционального контекстуализма, критерием истины, например, механицизма является понятие "базирующегося на соответствии" [*Pepper,* 1942], когда то или иное объяснение поведения оценивается в зависимости от того, насколько хорошо оно отображается на то, что уже известно и впоследствии "узнается" об этом конкретном поведении.

Функциональный контекстуализм не лучше механицизма, например, в любом значимом смысле этого термина, но, несомненно, является другим [*Zettle,* 1990]. По сути, механицист судит о той или иной

теории, например о ТРФ, исходя из степени, в которой эта теория способна делать точные прогнозы относительно когнитивных явлений. Например, насколько хорошо модель человеческого языка, предлагаемая ТРФ, объясняет то, что нам известно о когнитивном развитии детей? Альтернативную модель, которая обеспечивает более точные прогнозы относительно того, как устроен мир человеческого языка и когниции, можно было бы вполне обоснованно рассматривать как более адекватную, чем ТРФ. Напротив, важный для функционального контекстуалиста вопрос о ТРФ касается степени, в которой он позволяет нам, например, лучше обучать языковым и когнитивным навыкам людей с дефектами развития [*Carr,* 2003]. Обратите внимание, что такой же стандарт применим к АСТ в том, что об этой терапии нужно в конечном счете судить по ее прагматической способности облегчать человеческие страдания вообще и депрессию в частности. Поскольку ТРФ обеспечивает концептуальную основу человеческого языка, на которой базируется АСТ, и поскольку то и другое развивалось параллельно друг другу [*Zettle,* 2005, 2006], любые практические ограничения на АСТ с функционально-контекстуалистской точки зрения также сказываются на статусе ТРФ.

## *Концептуальный уровень анализа*

Многие терапевтические подходы располагают своими собственными уникальными терминами и концепциями, которые используются при обсуждениях клинических явлений, и АСТ (как вы, возможно, уже поняли) не является в этом смысле исключением. Различия в том, как поборники разных терапевтических подходов рассуждают о том, что они делают сами, не возникают по чистой случайности, но скорее могут быть увязаны с различиями на философском уровне анализа. АСТ, вполне понятно, базируется на ТРФ, поскольку ТРФ предлагает функционально-контекстуалистскую основу человеческого языка и когниции. Конечно, вы можете рассуждать и думать об АСТ не так, как это представлено в данной книге, и вы, по сути, должны так делать, если вы намерены продолжать придерживаться какой-либо философской точки зрения, которая отличается от функционального контекстуализма.

Однако то, о чем вы говорили бы, по крайней мере на философском и концептуальном уровнях анализа, уже не было бы АСТ, как это известно функциональному контекстуалисту.

Несомненно, ТРФ не представляет единственный набор терминов и принципов, которые уникальным образом определяют АСТ, хотя он представляет самый исчерпывающий и сложный концептуальный каркас, который можно использовать при обсуждении АСТ. Другие АСТ-специфические термины и концепции включают (но не ограничиваются ими) сам шестиугольник, а также процессы, такие как разделение и контекстуальное *Я*, которые являются неотъемлемой принадлежностью АСТ. Независимо от того, используются ли отдельно взятые концепции, такие как экспериенциальное избегание, или более сложные их сети, такие как сама ТРФ, все рассуждения об АСТ и ее точке зрения на человеческие страдания являются лишь дополнительным зерном для функционально-контекстуалистских жерновов.

Вспомните, как уже обсуждалось, что функциональный контекстуализм рассматривает все поведение, даже рассуждения теоретиков реляционных фреймов и, казалось бы, эзотерические способы обсуждения и написания научных статей и книг об АСТ, через прагматические очки. С этой точки зрения, все слова и даже научные концепции рассматриваются лишь как инструменты, созданные для выполнения определенных работ. ТРФ не была "открыта" в том смысле, что она как-то предсуществовала в некой независимой реальности до тех пор, пока не была открыта учеными. Скорее, ТРФ была создана как более эффективный способ "мышления о мышлении" и должна оцениваться этим же самым критерием истины. Если АСТ и ТРФ будут продолжать приносить пользу, у них будет оставаться какая-то жизнеспособность. В противном случае им на смену придут другие, более прагматичные способы рассуждений о выражении мыслей в словесной форме и о том, как максимизировать его достоинства, в то же время минимизируя его "темную сторону". Даже если они не будут в конечном счете замещены чем-то другим, и в АСТ, и в ТРФ все равно придется со временем вносить какие-то изменения, если мы хотим обеспечивать дальнейший прогресс в понимании и облегчении человеческих страданий. Вообще

говоря, вполне возможно, что что-нибудь из того, о чем я написал в этой книге, уже устареет к тому времени, когда вы будете читать ее. Например, многократно упоминавшийся мною шестиугольник представляется весьма полезным способом концептуализации ключевых процессов, способствующих психологической гибкости, но добавление в него или изъятие из него каких-то процессов может в конечном счете сделать его более функциональным. Инструменты могут быть заменены новыми и усовершенствованными их версиями, которые смогут лучше справляться с возложенными на них задачами. ТРФ может заменить скиннеровскую [*Skinner,* 1957] интерпретацию вербального поведения не потому, что Скиннер был неправ, а потому, что ТРФ оказалась более эффективным способом "мышления о мышлении".

## *Методологический уровень анализа*

Применительно к терапевтическим подходам, этот уровень анализа предусматривает определенные общие и стратегические способы установления контакта с миром аномального поведения и человеческого страдания [*Hayes,* 1978]. С методологической точки зрения, АСТ не является уникальной терапией в своем относительном акценте на использование метафор, аналогий, логических парадоксов и экспериенциальных упражнений с целью снижения психологической ригидности и способствования психологической гибкости. Однако АСТ полагается на такие стратегии терапевтических изменений, конечно же, в большей степени, чем большинство других когнитивно-поведенческих подходов — особенно тех, которые делают упор на изменениях первого порядка.

Такие методологические различия даже среди схожих, на первый взгляд, подходов к терапии не объясняются простой случайностью. Скорее, различия на методологическом уровне анализа существуют из-за различий на концептуальном уровне анализа. АСТ, соответственно, делает акцент на терапевтических методах, применяемых в АСТ, из-за того, что ТРФ учитывает фактор человеческого языка. Если человеческие страдания являются неизбежным побочным продуктом реляционного фрейминга, то попытки облегчить их посредством главным образом вербальных средств, скорее всего, усугубят проблему, вместо

того чтобы решить ее хотя бы частично. Феномен подавления мыслей является простым, но весьма показательными примером этого [*Wegner,* 1994]. Как должно быть очевидно — особенно с учетом того, что было сказано в главе 9, — ACT не устраняет все вербальные взаимодействия между вами и вашими клиентами. Однако использование советов, инструкций и следования правилам сводится к относительному минимуму в пользу невербальных способов ослабления негативных влияний языка. Например, метафоры и логические парадоксы представляются вербально, но являются особенно эффективными способами противодействия естественной склонности человека к буквальному пониманию слов. Кроме того, экспериенциальные упражнения, такие как "Китайские наручники", могут быть полезны даже при минимуме слов, произнесенных между вами и вашим клиентом. Иногда можно сказать очень много, обойдясь буквально двумя-тремя фразами.

## *Технический уровень анализа*

Этот уровень анализа в большей степени касается конкретных способов реализации терапевтических стратегий в ACT. Например, существует ряд техник, таких как "Молоко, молоко, молоко" и упражнений "Повторение на другой лад", которые можно использовать для продвижения разделения с автоматическими мыслями. Как указывал Хейс [*Hayes,* 1978], потенциальное взаимопересечение терапевтических парадигм увеличивается при переходе от философского и концептуального уровней анализа к уровням анализа, в которых задействованы методы и техники лечения. ACT создала ряд своих собственных техник, но использует также и заимствованные методы, такие как использование метафор, а также особые техники, такие как упражнение "Наблюдатель", из психосинтеза Ассаджиоли [*Assagioli,* 1965] и из других парадигмальных точек зрения, и, вполне вероятно, продолжит делать это. Однако назначение использования в ACT техник, разработанных другими терапевтическими традициями, зачастую оказывается совершенно другим. Например, прогрессивное расслабление мышц (ПРМ) часто включается как компонент лечения для управления тревожностью в рамках традиционных форм поведенческой терапии [*Brown, O'Leary,* & *Barlow,* 2001;

*Craske & Barlow,* 2001]. ПРМ может также использоваться в АСТ, но как способ продвижения майндфулнесс, а не как способ минимизации тревожности. То есть, клиенту можно посоветовать, например, просто замечать изменения в своих телесных ощущениях и другие личные события при его переходе из нерасслабленного в расслабленное состояние.

Другие техники, которые могут быть общими для АСТ и других терапевтических подходов, были разработаны независимо друг от друга для решения разных стратегических задач. Например, АСТ, когнитивная терапия и поведенческая активация предусматривают выполнение поведенческих домашних заданий как неотъемлемую составляющую лечения. Однако предполагаемая функция таких домашних заданий у этих трех подходов существенно различается. Поведенческие домашние задания используются в АСТ для практического воплощения ценностей, в когнитивной терапии — для реструктуризации дисфункциональных мыслей и представлений, а в поведенческой активации — для регулирования настроения. С парадигмальной точки зрения, техники в АСТ никогда не следует рассматривать лишь как инструменты, существующие независимо от стратегических предназначений, для которых их можно использовать.

## *АСТ как парадигмальный подход: резюме*

АСТ можно рассматривать либо как некую совокупность терапевтических методов и сопутствующих техник или как парадигмальный подход, который уникально определяется своей укорененностью в функциональном контекстуализме и ТРФ. Выбор остается за вами. Хотя я определенно предпочитаю вторую точку зрения, с точки зрения функционального контекстуализма, мой выбор можно защитить лишь с прагматических позиций. Я уверен, что АСТ можно использовать более эффективно и креативно, если рассматривать ее как парадигмальный подход. Коротко говоря, я утверждаю, что вы, скорее всего, окажетесь более гибким и квалифицированным специалистом АСТ, если будете относиться к АСТ как к чему-то гораздо большему, чем простой совокупности метафор и экспериенциальных упражнений. В то же время, насколько мне известно, еще никогда не было продемонстрировано,

что так называемые “ACT-техники” хоть в чем-то уступают по своей эффективности тем терапевтам Принятия и Ответственности, которые являются горячими сторонниками функционального контекстуализма и свободно ориентируются в тонкостях ТРФ.

## Заглядывая в прошлое

Заглянуть в прошлое — с точки зрения того, к чему мы пришли в этой книге, а также в развитии ACT, в более общем плане, и в развитии ACT для лечения депрессии, более конкретно — может быть полезно не только для того, чтобы лучше оценить пройденный нами путь, но и для того, чтобы пристальнее вглядеться в будущее, поскольку для нас очень важно научиться ориентироваться на территории, которую нам еще предстоит пройти. То, что сейчас известно как ACT, сформировалось в течение последней четверти столетия из того, что поначалу было известно как “всестороннее дистанцирование” [*Zettle,* 2005, 2006], а несколько позже как “контекстуальная терапия” [*Zettle* & *Rains,* 1989] или “контекстуальный подход” [*Hayes,* 1987; *Zettle* & *Hayes,* 1986]. Термины “терапия принятия и ответственности” [*Wilson, Khorakiwala,* & *Hayes,* 1991] и собственно “ACT” [*Wilson* & *Taylor,* 1991] поначалу появились в 1991 г. в названиях двух презентаций, а в публикациях начали использоваться лишь спустя три года [*Hayes* & *Wilson,* 1994]. Таким образом, несложно понять, почему кое-кто мог ошибочно воспринимать ACT как некий “новомодный” терапевтический подход, особенно после того как в сравнительно недавние времена о нем заговорили во весь голос [*Cloud,* 2006; *Haaga,* 2004; *Hayes* & *Smith,* 2005; *Hayes* & *Strosahl,* 2004].

Еще один фактор, который усиливает впечатление о том, что история ACT гораздо короче, чем на самом деле, является следствием значительного временного промежутка между временем появления (в середине–конце 80-х годов) первого исследования, сравнивавшего результаты лечения депрессии с помощью ранней версии ACT с результатами лечения депрессии с помощью когнитивной терапии [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989], и публикацией в 1999 г., т.е. десятилетие спустя, книги Хейса и др. [*Hayes* et al., 1999]. С позиций сегодняшнего дня эти

два сравнительных исследования, наверное, опередили свое время или, по меньшей мере, опередили дополнительную работу, необходимую для дальнейшего формулирования и развития философского и концептуального уровней анализа, что должно было привести к окончательному оформлению ACT как полностью интегрированного парадигмального подхода. Тем не менее их результаты позволяли сделать вывод, что в этом новом подходе есть что-то такое, что заслуживает дальнейшего исследования и развития.

## *Переходный период*

Развитие функционального контекстуализма и ТРФ как философской и концептуальной основ ACT, соответственно, происходило в переходный период [*Zettle*, 2006], примерно с середины–конца 80-х годов и до рубежа между вторым и третьим тысячелетиями, когда появились первые книги по ACT [*Hayes* et al., 1999] и ТРФ [*Hayes* et al., 2001].

### Философские достижения

Контекстуализм, в более общем плане, был поначалу предложен как философская альтернатива механицизму [*Hayes* & *Brownstein*, 1986; *Hayes* et al., 1988]. Впоследствии Хейс [*Hayes*, 1993] точнее обозначил философские основы ACT, проведя различие между функциональным контекстуализмом, с одной стороны, и описательным контекстуализмом интербихевиоризма Кантора [*Kantor*, 1959] и тем, что Хейс считал имплицитным контекстуализмом радикального бихевиоризма Скиннера [*Skinner*, 1953]. Об ACT нужно в конечном счете судить по ее прагматической способности предотвращать и облегчать человеческие страдания. Сами эти цели воплощены в ценностях, которые можно сформулировать в явном виде, но невозможно объяснить.

### Концептуальные достижения

Процесс выработки функционально-контекстуалистской оценки человеческого языка и когниции, кульминацией которого стала публикация книги по ТРФ [*Hayes* et al., 2001], начался с появления в 1985 г. статьи Хейса и Браунштейна. Они не только впервые использовали “реляционные

фреймы" и дали им определение, но и разработали программу исследований для обучения и тестирования для реляционного фрейминга, что впоследствии способствовало появлению программы базовых исследований в этой области [*Devany, Hayes,* & *Nelson,* 1986; *Steele* & *Hayes,* 1991]. Кроме того, Хейс и Браунштейн отказались от взглядов Скиннера на вербальное поведение [*Skinner,* 1957] и руководствование правилами [*Skinner,* 1969] при реконцептуализации вербального поведения как "высказывания и выслушивания" (p. 22). Другие концептуальные публикации Хейса и его коллег в этот переходный период [*Hayes* & *Hayes,* 1989; *Hayes* et al., 1989] в области руководствования правилами могли бы привести к тому, что в конечном счете оно стало бы концептуально разделом ТРФ [*Hayes* et al., 2001].

## Заглядывая в будущее

Хотя дополнительные концептуальные уточнения ACT продолжатся и будут способствовать дальнейшему развитию ACT как парадигмального подхода к предотвращению и облегчению человеческих страданий, в будущем бóльшая доля работы станет, наверное, эмпирической по своей природе. В частности, чтобы ACT продолжала прогрессировать, потребуется больший объем исследований, проводимых с целью сравнения результатов лечения, полезности лечения и процессов.

### *Сравнительные исследования результатов лечения*

Одним из результатов наблюдающегося в психологии движения в сторону признания интервенций, эффективность которых получила эмпирическое подтверждение [*Chambless* et al., 1996, 1998; *Task Force,* 1995], стало повышение важности проведения сравнительных исследований результатов лечения в отношении такой интервенции, как ACT для лечения депрессии. По сути, чтобы ACT получила такое же признание и эмпирический статус, как когнитивная терапия [*Beck* et al., 1979], межличностная терапия [*Klerman* et al., 1984], и поведенческая активизация [*Jacobson* et al., 1996, 2001], в нескольких независимых исследованиях ACT должна зарекомендовать себя столь же эффективной в деле

лечения депрессии, как первый, второй и третий подходы, перечисленные выше. Такое признание имеет не только научное, но также большое практическое и финансовое значение, дающее основания регулируемым организациям по оказанию психотерапевтической помощи все настойчивее требовать от системных провайдеров права осуществлять эмпирически поддерживаемые интервенции для лечения депрессии [*Sanderson*, 2003]. Хотя в научных и политических целях также может быть полезно время от времени проводить сравнение АСТ для лечения депрессии с применением для той же цели одних лишь антидепрессантов, а также сравнение АСТ с сочетанием "АСТ плюс антидепрессанты", более насущной потребностью в настоящее время является дальнейшее сравнение АСТ с другими эмпирически поддерживаемыми психотерапиями для лечения депрессии.

К сожалению, процесс определения эмпирического статуса эффективности какой-либо интервенции является специфическим для каждого заболевания, что можно рассматривать как относительный недостаток такого трансдиагностического подхода, как АСТ. То есть, статус *всего* подхода — будь то АСТ, когнитивная терапия или поведенческая терапия — не определяется как эмпирически поддерживаемый, но базируется на относительной эффективности подхода при лечении каждого диагноза *DSM-IV* (1994) на строго индивидуальной основе, т.е. в отношении каждого отдельно взятого заболевания. Таким образом, эмпирический статус АСТ (например, в деле облегчения страданий у клиентов с генерализованным тревожным расстройством) в рамках такой системы признания не может иметь никаких последствий для признания АСТ как эффективного метода лечения депрессии.

Хотя у этого подхода есть определенная неопровержимая логика — интервенция, которая является эффективной в отношении одного заболевания, может оказаться неэффективной или даже вредной в отношении другого заболевания, — он является заложником диагностической системы, которая отличает одно заболевание от другого на основе топографических особенностей, а не функциональных свойств поведения [*Hayes* et al., 1996]. Кроме того, учитывая то обстоятельство, что нам приходится иметь дело с постоянно расширяющейся диагностической

системой [*Follette* & *Houts,* 1996], задача документирования эффективности методов лечения в отношении каждого отдельно взятого заболевания становится практически бесконечной. Альтернативная система с большим акцентом на идентификации эмпирически поддерживаемых принципов изменения [*Rosen* & *Davison,* 2003] была бы не только более "дружественной" к АСТ, но также, вполне вероятно, более прагматичной в деле развития науки клинической психологии и нашей способности эффективно справляться с широким диапазоном форм аномального поведения и человеческих страданий. Мы продолжим обсуждение необходимости в дополнительных исследованиях в области психотерапии и, в частности, исследованиях, касающихся применения АСТ для лечения депрессии, после того как рассмотрим потенциальные выгоды исследований полезности лечения.

## *Исследования полезности лечения*

По меньшей мере треть депрессивных клиентов не могут продемонстрировать благоприятные результаты лечения, даже когда по отношению к ним применяются эмпирически поддерживаемые методы лечения, например когнитивная терапия [*Hollon* et al., 2002]. Таким образом, даже если данные, полученные путем дополнительных сравнительных исследований результатов лечения, совпадут с данными более ранних исследований [*Zettle* & *Hayes,* 1986; *Zettle* & *Rains,* 1989], подтверждая, например, что АСТ облегчает депрессию примерно в такой же степени, как когнитивная терапия, это было бы лишь относительным достижением. Я полагаю, что мы можем и должны лучше помогать клиентам, страдающим депрессией. Достичь этой цели можно было бы, в частности, посредством исследований лечебной полезности.

Лечебная полезность определяется степенью, в которой психологическое оценивание влияет на исход той или иной интервенции, и является естественным продолжением применения функционально-контекстуалистской точки зрения на оценивание в более широком плане [*Hayes* et al., 1987]. Например, можно было бы сказать, что использование определенной анкеты, такой как PVQ [*Blackledge* & *Ciarrochi,* 2005] или VLQ [*Wilson* & *Groom,* 2002], или даже более стратегического

подхода к управлению ACT, такого как метод концептуализации кейса, рекомендуемый в этой книге, обладает лечебной полезностью, если бы была убедительно доказана бо́льшая эффективность ACT в случае применения таких методов оценивания, чем в случае, когда такие методы оценивания не применяются. В той степени, в какой рассматриваемое оценивание имеет своей целью оценивание психологических процессов, способствующих человеческим страданиям, или психологических процессов, задействованных в потенциальном облегчении человеческих страданий, такие исследования лечебной полезности можно также рассматривать как некий тип исследований процессов, которые помогают прояснить механизмы терапевтического изменения.

К сожалению, у нас все еще проводится недостаточно исследований лечебной полезности в целом, а также в рамках оценивания и лечения депрессии в частности [*Nelson-Gray,* 2003]. Мне не известно о публикации результатов каких-либо исследований лечебной полезности, связанных с ACT, а также, за немногими исключениями [*McKnight, Nelson-Gray,* & *Barnhill,* 1992; *Zettle, Haflich,* & *Reynolds,* 1992; *Zettle* & *Herring,* 1995], мне не известно об исследованиях, касающихся когнитивной терапии депрессии. Это не должно удивлять, учитывая стандарты тестирования, рекомендованные Американской психологической ассоциацией [*American Educational Research Association*, 1999], в которых отсутствуют упоминания лечебной полезности как альтернативы психометрическим стандартам при оценивании качества психологических оценок.

Областью, в которой исследования лечебной полезности могли бы представлять практический интерес, является углубление понимания процессов, которые способствуют отзывчивости (или неотзывчивости) клиентов на разные терапии депрессии. Например, вполне может быть, что треть депрессивных клиентов, не отзывающихся на когнитивную терапию, могут не оказаться *той же самой* третьей частью депрессивных клиентов, которые не отзываются на ACT. Возможно, показатели, призванные оценивать процессы, критичные для каждого подхода, например DAS [*Weissman* & *Beck,* 1978] для когнитивной терапии и AAQ [*Hayes, Strosahl,* & *Wilson* et al., 2004] для ACT, можно использовать на долечебной стадии для идентификации депрессивных клиентов,

которые будут отзываться на какие-то подходы с большей вероятностью, чем на другие подходы. Если подгруппы, не отзывчивые на каждый подход, не пересекаются полностью между собой, наша совокупная способность эффективно облегчать депрессию должна повыситься. По сути, депрессивные клиенты, которые могут не оказаться подходящими кандидатами на когнитивную терапию, могут оказаться более отзывчивыми на АСТ, и наоборот. Являются ли эти возможности реальностями, предстоит выяснить в ходе дальнейших исследований. Сейчас моя лаборатория участвует в совместном проекте, призванном дать по крайней мере какие-то начальные ответы на эти вопросы, но на момент написания этой книги мы еще далеки от того, чтобы сообщить хотя бы о каких-то предварительных результатах нашего исследования.

## *Исследования процессов*

Необходимость в таком исследовании процессов, которое не ограничивается изучением лечебной полезности, может возникнуть в случае, если мы хотим, чтобы идентификация эмпирически поддерживаемых принципов изменения оказалась успешной. Есть надежда, что такие механизмы изменения можно было бы максимизировать путем более выраженного фокусирования и усиления стратегий и техник лечения, которые ориентированы на эти механизмы. Как мне представляется, есть две проблемы, которые нужно решить, чтобы дальнейшее исследование процессов в рамках АСТ для лечения депрессии могло реализовать эту возможность. Одна из них вряд ли является уникальной для АСТ, тогда как другая является таковой, по крайней мере относительно других когнитивно-поведенческих подходов, применяемых для лечения депрессии.

### Эксплицитные или имплицитные показатели?

До сих пор наиболее широко используемым показателем, применяемым для исследования механизмов изменения, который может учитывать терапевтическое улучшение в рамках АСТ, была анкета AAQ [*Hayes* et al., 2006]. Хотя анкета AAQ часто рассматривается как индекс экспериенциального избегания, представляется более целесообразным рассматривать ее как способ получения более “широкополосного”

показателя психологической гибкости. Как бы ни концептуализировалась сама AAQ, исследования, в которых она использовалась как показатель процессов, позволили получить совокупный корпус результатов, который, несомненно, поддерживает модель процессов, на которой базируется ACT [*Hayes* et al., 2006].

Как указывалось ранее, до сих пор не разработаны показатели для оценивания всех процессов, которые, как считается, способствуют психологической гибкости/негибкости. Соответственно, нам нужно разработать показатели, являющиеся более процесс-специфическими, чем AAQ, если мы хотим лучше понять относительную степень, в которой отдельные механизмы изменения способствуют, в целом, терапевтическому улучшению при использовании ACT. Однако этот вопрос затеняется озабоченностью тем обстоятельством, что, насколько мне известно, все показатели, которые использовались до сих пор, в том числе AAQ, для оценивания процессов, связанных с ACT, являются эксплицитными по своей природе. Например, AAQ является показателем, который определяется самим клиентом, причем пункты этой анкеты являются по меньшей мере полупрозрачными, особенно для субъектов, которых могут попросить заполнить ее после прохождения ими нескольких сеансов ACT. Например, заполняя анкету AAQ на постлечебной стадии, субъекты могут отвечать на какие-то из ее вопросов так, как должно было бы, по их мнению, понравиться их терапевту Принятия и Ответственности. Если же субъекты окажутся настолько проницательными, что смогут понять, что именно пытается оценить терапевт с помощью этой анкеты, то уязвимость AAQ и других возможных показателей процессов (таких, как PVQ и VLQ) к возможным манипуляциям со стороны субъектов, продиктованным добрыми или недобрыми намерениями, может оказаться еще большей.

Один способ ответить на эту озабоченность заключается в использовании очевидных поведенческих и/или физиологических показателей, менее «чувствительных», чем анкеты, к оцениванию переменных терапевтических процессов. Дермот Барнс-Холмс и его коллеги [*Barnes-Holmes* et al., 2006; *Barnes-Holmes, Healy,* & *Hayes,* 2000] недавно разработали еще одну стратегию, основанную на ТРФ, имплицитную

реляционную процедуру оценивания (Implicit Relational Assessment Procedure — IRAP), которая может показать еще лучшие результаты при оценивании процессов, релевантных для ACT. В частности, подобно амплицитному ассоциативному тесту (Implicit Association Test — IAT) [*Greenwald, McGhee, & Schwartz,* 1998], с которым его иногда сравнивают, IRAP также ставит перед субъектами компьютерное задание, которое требует от них как можно более быстрых, но в то же время и как можно более точных ответов. Как имплицитные показатели, и IRAP, и IAT базируются на предположении, что субъекты могут реагировать быстрее на стимулы, которые тесно ассоциируются друг с другом, например "тюльпан" и "любовь", чем на стимулы, не ассоциирующиеся друг с другом, например "паук" и "любовь". Однако поскольку IRAP, в отличие от IAT, может оценивать не только прочность ассоциации между концепциями, но и природу этой связи, он, вероятно, может быть более полезен при окончательной разработке имплицитных показателей некоторых из тех самых процессов, которые, как полагают, способствуют психологической гибкости и терапевтическим изменениям при использовании ACT.

Большой потенциал IRAP в деле разработки имплицитных показателей переменных процессов, релевантных для ACT, подтверждается двумя недавними исследованиями. В одном из них IRAP, предназначенный для оценивания *Я* как концепции, продемонстрировал предсказуемые различия, когда этот тест предложили выполнить студентам и двум группам заключенных [*Vahey, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, & Stewart,* 2006]. В частности, студенты и заключенные, отбывавшие свой срок в менее строгих условиях содержания по причине своего примерного поведения, продемонстрировали более высокие уровни самоуважения, согласно IRAP, чем заключенные, которые еще не заслужили таких привилегий. Эти различия также соответствовали различиям, которые наблюдались при оценивании *Я* как концепции с помощью эксплицитного показателя (анкеты, заполняемой самим субъектом).

Имплицитные показатели, такие как IAT и IRAP, должны, в идеале, не только быть существенно коррелированы с каким-либо эксплицитным показателем той же переменной при условиях, когда требуемые

характеристики (т.е. знание субъектами, что именно проверяется или ожидается в ходе эксперимента, в результате чего это знание оказывает влияние на результаты эксперимента) и искажающие установки на определенный ответ минимизированы, но и демонстративно менее уязвимыми к ним в случае их присутствия. Результаты исследования, которое оценивало восприимчивость IAT к подтасовкам, несколько не согласуются по меньшей мере с одним исследованием, авторы которого сообщили об отсутствии такой уязвимости [*Egloff* & *Schmukle,* 2002], тогда как результаты трех других исследований показали, что IAT вполне уязвим к подтасовкам, особенно когда у субъектов уже имеется опыт работы с этой процедурой и когда они знают, как подтасовать свои реакции [*Fiedler* & *Bluemke,* 2005; *Kim,* 2003; *Steffens,* 2004]. Напротив, второе недавнее исследование, выполненное Барнс-Холмсом и его коллегами [*McKenna, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes,* & *Stewart,* 2006], позволяет сделать вывод о том, что IRAP, в отличие от IAT, невозможно обмануть, даже если субъектам заранее рассказать, как это можно было бы сделать.

Следует, однако, отметить, что конкретная IRAP-процедура, оцениваемая в этом исследовании, не использовалась для оценивания какого-либо клинически релевантного показателя. Следующим логическим шагом в развитии имплицитных показателей процессов, релевантных для АСТ, должно быть выяснение, является ли IRAP столь же невосприимчивым к подтасовкам, когда он целенаправленно используется для оценивания таких переменных. Определенная работа в этом направлении проводится сейчас в моей лаборатории; впрочем, прогресс, достигнутый нами ко времени написания этой книги, еще не позволяет нам сообщить о каких-либо предварительных результатах.

## Показатели терапевтического исхода

Основные показатели терапевтического исхода, рассматриваемые при определении эмпирического статуса интервенций, предназначенных для лечения депрессии [*Chambless* et al., 1996, 1998; *Task Force,* 1995], отражают симптоматическое облегчение, примером чего могут служить до- и послелечебные снижения суммы баллов BDI-II [*Beck* et al., 1996].

Поэтому в ходе будущих сравнительных исследований исходов лечения депрессии посредством ACT также нужно продолжать использовать симптоматические показатели такого рода, если мы действительно хотим добиться, чтобы ACT в конце концов была признана надежной интервенцией, с помощью которой можно успешно лечить депрессию. Однако анализ результатов лечения не должен ограничиваться лишь этими показателями при условии, что среди когнитивно-поведенческих подходов ACT обладает определенной уникальностью, признавая, что терапевтические улучшения должны выходить за рамки простого симптоматического облегчения и включать также перемены, связанные с переходом к жизни согласно ценностям. С этой точки зрения, продемонстрированное снижение уровня депрессии необходимо, но не достаточно для определения желательного терапевтического влияния ACT.

Как свидетельствует относительно недавний рост интереса к "позитивной психотерапии" [*Seligman, Rashid,* & *Parks,* 2006], ACT не является единственным подходом, который признает преимущества такого расширения показателей терапевтического исхода, чтобы они включали переход клиента к ведению осмысленной жизни согласно его ценностям. Непосредственной задачей является выявление или выработка показателей, которые учитывали бы такие изменения и которые можно было бы использовать наряду с теми, которые отражают ослабление признаков и симптомов депрессии, что позволяло бы оценить относительное терапевтическое воздействие ACT. Вполне возможно, что полезными для этой цели окажутся уже существующие показатели, разработанные либо независимо от ACT, такие как шкала удовлетворенности жизнью (Satisfaction with Life Scale — SWLS) [*Diener, Emmons, Larsen,* & *Griffin,* 1985], либо в тесной связи с ACT, наподобие VLQ [*Wilson* & *Groom,* 2002]. В противном случае придется разрабатывать другие показатели типа "качества жизни".

К сожалению, нынешняя нехватка надежных показателей, которые отражали бы психологический прогресс в способности клиента вести жизнь согласно его ценностям, является, наряду с необходимостью проведения сравнительных исследований исходов лечения посредством ACT, еще одной важной задачей. Это обусловлено тем, что изменения

в терапевтических процессах в конечном счете нужно оценивать в контексте более глобальных улучшений, касающихся психологической гибкости и жизни согласно ценностям, как показателей исхода лечения. Например, данные, свидетельствующие о том, что изменения в AAQ опосредуют снижения в показателях BDI-II, несомненно, в какой-то мере поддерживают модель, на которой основывается ACT для лечения депрессии. Однако более решающая поддержка зависела бы от демонстрации того, что изменения в специфических для ACT показателях процессов надежно увязаны с предсказуемыми улучшениями, касающимися жизни согласно ценностям. С этой позиции такой инструмент, как VLQ, можно рассматривать и как показатель процессов для облегчения депрессивной симптоматики, и как возможный показатель исхода, более точно отражающий повышенную психологическую гибкость. В любом случае показатели терапевтического процесса и исхода невозможно оценивать независимо друг от друга, если мы не хотим лишить эту оценку какого-либо смысла. Поскольку они неразрывно связаны между собой, необходимо найти удовлетворительное решение двойственной задачи разработки показателей процессов, которые были бы невосприимчивы к требуемым характеристикам, и показателей исхода, которые не ограничивались бы простым симптоматическим облегчением, если мы надеемся добиться прогресса в исследовании процессов в ACT, в более общем плане, и исследовании процессов, специфических для применения ACT к лечению депрессии.

## Выводы

Для кого-то из вас окончание этой книги будет, по всей вероятности, знаменовать также окончание вашего ознакомления с ACT. Если вы принадлежите к числу таких читателей, то я надеюсь, что информация, полученная вами в результате прочтения этой книги, хотя бы в небольшой мере принесет пользу депрессивным клиентам, с которыми вам приходится работать в своей клинической практике. Например, сама по себе ACT может служить еще одним терапевтическим методом, который вы можете опробовать на своих депрессивных клиентах, не

продемонстрировавших благоприятной реакции на другие методы лечения. Кроме того, вы можете стратегически объединить какие-то конкретные техники или процедуры, описанные в этой книге, с другими интервенциями, которые вы применяете в своей практике более широко.

Однако я надеюсь, что к этому моменту большинство из вас проявит определенный интерес к расширению познаний в области АСТ и, возможно, даже получению формального образования в этой области. В таком случае самым полезным для вас на данном этапе было бы вступить в Ассоциацию контекстуально-поведенческой науки (Association for Contextual Behavioral Science — ACBS), посетив ее сайт по такому адресу:

`www.contextualpsychology.org`

Членство в этой ассоциации — как для специалистов, так и для студентов — возможно на нескольких уровнях. Величина ежегодных взносов в этой ассоциации сопоставима с величиной ежегодных взносов в других психологических ассоциациях и организациях. В настоящее время ACBS насчитывает в своем составе свыше 2800 членов, представляющих двадцать четыре страны и разные специальности в области психического здоровья, что свидетельствует о выходе АСТ далеко за пределы страны своего происхождения — Соединенных Штатов. Еще одним примером интернационализации АСТ и ТРФ является спонсирование ACBS всемирных конференций в Швеции (2004 г.) и в Лондоне (2006 г.). Летние семинары ACBS проводились в США в 2003, 2005 и 2007 гг.

Если вы желаете пройти дополнительный курс подготовки в области АСТ, тогда вам прямая дорога на указанный выше сайт ACBS. На нем регулярно публикуется информация о проведении семинаров и других образовательных мероприятий в области АСТ, а также о клинических ресурсах; кроме того, здесь публикуются презентационные материалы, руководства по лечению и АСТ-видеоматериалы. Хотя большинство членов ACBS практикуют терапию принятия и ответственности, указанный сайт послужит ресурсом для всех, кто интересуется ТРФ. Например, здесь можно получить консультацию специалистов по ТРФ, а также ознакомиться с перечнем самых недавних исследований и публикаций в этой области.

Еще одним удобным способом узнать больше об АСТ и/или ТРФ является регистрация в отдельных службах электронной рассылки, доступных для каждого члена ACBS. Вы можете задавать вопросы другим членам, публиковать свои комментарии или просто следить за публикациями других членов ACBS.

Есть, однако, еще один вариант получения рассылки — через почтовый ящик ACT_for_the_Public@yahoogroups.com, — который не требует членства в ACBS и выступает удобным инструментом обучения для тех, кто желает ознакомиться с АСТ более подробно. Как следует из названия этого списка рассылки, он функционирует главным образом как форум, на котором неспециалисты (иными словами, представители широкой публики) и даже клиенты могут задавать вопросы и публиковать свои комментарии, адресованные специалистам по терапии принятия и ответственности.

Я надеюсь, что в числе читателей этой книги может оказаться еще одна группа, к которой принадлежат те из вас, кто не только хочет углубить свои познания в области АСТ или узнать больше о ТРФ, но желал бы внести свой научный вклад в АСТ. Необходимые для этого возможности, ресурсы и поддержка, несомненно, окажутся бóльшими у тех из вас, кто имеет научные звания и занимает научные должности в исследовательских университетах, чем у тех из вас, кто являются специалистами в области психического здоровья. Однако даже те из вас, кто являются штатными психотерапевтами, могут внести немалый вклад в научную базу АСТ. В частности, как указывал Хейс [*Hayes*, 1981], использование проектов с единственным субъектом можно легко объединить с эффективной клинической практикой. Например, серию АВ-проектов, где А представляет долечебный исходный уровень, а В обозначает курс лечения посредством АСТ, можно скомпилировать по способу многих исходных уровней, причем анкета BDI-II заполняется еженедельно на протяжении обеих фаз с целью отслеживания изменений уровня депрессии у клиента, происходящих с течением времени. Кроме того, на долечебной и послелечебной стадиях можно применять как показатель качества жизни и такой инструмент, как VLQ, с помощью которого можно оценивать терапевтические улучшения, не

ограничиваясь лишь простым симптоматическим облегчением. Хотя сами по себе АВ-проекты не признаются специальной комиссией, ответственной за идентификацию эмпирически поддерживаемых методов лечения [*Chambless* et al., 1996, 1998; *Task Force,* 1995], она признает другие "однопроектные" эксперименты, в которых ACT должна сравниваться с какой-либо другой интервенцией. Таким образом, у тех из вас, кому приходится в своей клинической практике сталкиваться с достаточно большим числом депрессивных клиентов, есть возможность поучаствовать в исследованиях, которые могут подтвердить нашу оценку эмпирического статуса ACT для лечения депрессии.

Очевидно, гораздо легче обратить свой взор в прошлое, пытаясь уяснить, какой путь прошла терапия, которую мы называем сейчас ACT, чтобы выйти на свой нынешний уровень, чем выработать четкое понимание возможных направлений ее дальнейшего развития. В этой завершающей главе я высказал предположение о трех несколько различающихся, но взаимосвязанных направлениях — предусматривающих сравнительные исследования исходов, исследования лечебной полезности и исследования процессов, — которые, как мне кажется, будут полезны для успешного продвижения ACT к своей конечной цели: предотвращению и облегчению человеческих страданий в целом и человеческих страданий, вызванных борьбой с депрессией, в частности. Сможет ли ACT продвигаться во всех этих трех направлениях с одинаковым успехом и окажутся ли полезными знания, накопленные в процессе этого продвижения, для достижения означенной цели, мы узнаем лишь в ходе дальнейшего продвижения ACT к этой цели. К активному участию в этом процессе мы приглашаем каждого, кто готов внести свой посильный научный вклад.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

# Форма начальной концептуализации кейса для АСТ

| |
|---|
| 1. Представление проблемы (проблем) в изложении самого клиента:<br><br>Начальные цели клиента (что он хочет получить от терапии?):<br><br>Переформулирование проблемы, изложенной клиентом, в терминах АСТ: |
| 2. Какие глубинные мысли, эмоции, воспоминания, ощущения, ситуации этот клиент не желает переживать?<br><br>*Мысли*<br><br>*Эмоции*<br><br>*Воспоминания*<br><br>*Другое* |
| 3. Что предпринимает этот клиент, чтобы избежать этих мыслей, эмоций, воспоминаний, ощущений, ситуаций, и т.п.?<br><br>*Суицидальность* (например, мысли о самоубийстве, предыдущие попытки) |

| |
|---|
| *Внутренние стратегии контроля* (например, руминация, беспокойство, подавление мыслей)<br><br>*Внешние стратегии контроля* (например, “самолечение” с помощью лекарств, переедание, хождение по магазинам)<br><br>*Ситуационно-специфические стратегии контроля* (например, поведенческая пассивность, социальная отстраненность)<br><br>*Внутрисессионные стратегии контроля* (например, перемена темы разговора, уклончивость) |
| 4. Релевантные мотивационные факторы (например, какую цену приходится платить за это поведение с точки зрения повседневной жизни; опыт неработоспособности, имеющийся у клиента; ясность ценностей; терапевтические отношения): |
| 5. Барьеры к изменениям, существующие в окружающей среде (например, негативные обстоятельства; неблагоприятная домашняя/социальная среда; обстоятельства, которые невозможно изменить; финансовые обстоятельства; неприемлемая цена изменений): |
| 6. Факторы, способствующие психологической негибкости (например, чрезмерная стесненность правилами; “собственная правота”; выискивание причин; поиск возможного объяснения тех или иных событий; низкая дистресс-устойчивость; неумение жить в осознании текущего момента; чрезмерная привязанность к концептуализированному собственному *Я*): |
| 7. Учитывая изложенное выше, на какие коренные процессы следует обратить особое внимание и какие связанные с ними ACT-интервенции могут потребоваться в процессе лечения? |
| 8. Сильные стороны клиента: |
| 9. Первоначальный план лечения посредством ACT: |

# ПРИЛОЖЕНИЕ Б

# Инвентаризация

**Инструкции.** Используйте эту форму для составления списка ваших реакций на те или иные обстоятельства, события или ситуации, которые вызывают у вас депрессию. Эти обстоятельства могут включать просто размышления о чем-либо, что происходило в прошлом (например, воспоминание о смерти любимого человека), а также о каком-либо событии, которое произошло только что (например, размолвка с вашей супругой/супругом).

**Запускающее событие или обстоятельство**

Впишите в показанное ниже поле какое-либо событие, ситуацию или обстоятельство, которое кажется вам депрессивным.

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

**Мысли**

Перечислите в показанном ниже поле все мысли, возникающие у вас при реагировании на указанное вами запускающее событие или обстоятельство. Предваряйте каждую мысль словами: "У меня возникла мысль, что (а затем конкретная мысль, возникшая у вас)".

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

**Эмоции**

Перечислите в показанном ниже поле все чувства и эмоции, возникающие у вас при реагировании на указанное вами запускающее событие или обстоятельство. Предваряйте каждое чувство словами: "У меня возникло чувство, что (а затем конкретное чувство, возникшее у вас)".

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

______________________________________________________________

**Телесные ощущения и чувства**

Перечислите в показанном ниже поле все телесные ощущения и физические чувства, возникающие у вас при реагировании на указанное вами запускающее событие или обстоятельство. Предваряйте каждое ощущение словами: "У меня возникло ощущение (а затем конкретное телесное ощущение или физическое чувство, возникшее у вас)".

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

**Воспоминания**

Перечислите в показанном ниже поле все воспоминания, возникающие у вас при реагировании на указанное вами запускающее событие или обстоятельство. Предваряйте каждое воспоминание словами: "У меня возникло воспоминание о том, что (а затем конкретное воспоминание, возникшее у вас)".

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

____________________________________________________________

**Другие реакции**

Перечислите в показанном ниже поле любые другие неприятные реакции (например, образы или побуждения), возникающие у вас при реагировании на указанное вами запускающее событие или обстоятельство. Предваряйте каждую реакцию словами: "У меня возникло побуждение к... (а затем конкретное побуждение к чему-либо, возникшее у вас)".

# ПРИЛОЖЕНИЕ В

# Упражнение “Причины депрессии”

**Инструкции.** Это упражнение состоит из пяти этапов. Этапы этого упражнения рекомендуется выполнять именно в такой последовательности, в какой они перечислены в данной форме.

**Этап 1.** Перечислите в показанном ниже поле все возможные, на ваш взгляд, причины возникновения у вас депрессии. Каждую причину указывайте в отдельной строке, оставляя на какое-то время незаполненным место в начале каждой строки.

________________________________________

________________________________________

________________________________________

________________________________________

________________________________________

________________________________________

________________________________________

________________________________________

________________________________________

**Этап 2.** Перечислите в показанном ниже поле другие *подходящие* причины возникновения депрессивного состояния, даже если вам кажется, что эти причины неприменимы к вам. В дополнение к причинам, перечисленным вами на этапе 1, какие еще подходящие причины возникновения депрессивного состояния вы можете вообразить? Каждую причину указывайте в отдельной строке, оставляя на какое-то время незаполненным место в начале каждой строки.

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

**Этап 3.** А теперь оцените, насколько подходящей является каждая из причин возникновения депрессивного состояния, перечисленных вами на этапах 1 и 2. Укажите свою оценку подходящести каждой из причин в оставленном вами незаполненном месте в начале каждой строки согласно следующей шкале:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Вполне подходит | | | | | | | | | Очень хорошо подходит |

**Этап 4.** Перечислите в показанном ниже поле все возможные, на ваш взгляд, неподходящие причины возникновения у вас депрессивного состояния. Каждую причину указывайте в отдельной строке, оставляя на какое-то время незаполненным место в начале каждой строки.

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

______________________________________________

**Этап 5.** Наконец, оцените, насколько неподходящей является каждая из причин возникновения депрессивного состояния, перечисленных вами на этапе 4. Укажите свою оценку неподходящести каждой из причин в оставленном вами незаполненном месте в начале каждой строки согласно следующей шкале:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Не очень-то подходит | | | | | | | | | Совершенно не подходит |

# ПРИЛОЖЕНИЕ Г

# Написание вашей жизненной истории

Изложите в показанном ниже поле историю своей жизни с депрессией. Опишите, как начиналась ваша депрессия, как вы боролись с ней, а также укажите важнейшие исторические, ситуационные и личные жизненные события, которые способствовали развитию у вас депрессии.

# Другое изложение вашей жизненной истории

Изложите в показанном ниже поле *другую версию* истории своей жизни — такую, чтобы эта история заканчивалась совершенно не так, как ее исходная версия. Совместно с терапевтом сначала подчеркните факты, о которых упоминалось в исходной версии вашей жизненной истории. Возьмите те же самые факты и вплетите их в другую версию истории вашей жизни таким образом, чтобы ее исходом не было продолжение вашей борьбы с депрессией.

# ПРИЛОЖЕНИЕ Д

# Анкета оценки личных ценностей (PVQ)

**Инструкции.** После этой страницы с инструкцией вы найдете несколько дополнительных страниц, каждая из которых посвящена какому-то одному из девяти перечисленных ниже доменов ценностей (т.е. областей вашей жизни, которая кажется вам важной).

**Домены ценностей**

**1.** Семейные отношения

**2.** Дружеские/социальные отношения

**3.** Любовные отношения

**4.** Работа/карьера

**5.** Образование и учеба/личный рост и развитие

**6.** Отдых/развлечения/спорт

**7.** Духовное развитие/религия

**8.** Участие в общественной жизни

**9.** Здоровье/физическое благополучие

На последующих страницах внимательно ознакомьтесь с описаниями соответствующих доменов ценностей и укажите, где это необходимо, *свои* собственные ценности (образ жизни и образ действий, связанные с теми доменами ценностей, которые очень важны для вас).

После того как вы выпишете каждую из своих ценностей, вам предстоит ответить на девять вопросов, уточняющих разные аспекты этих индивидуальных ценностей. Ответьте на каждый из этих вопросов, обведя кружком цифры, которые соответствуют вашему случаю.

Если у вас появились вопросы по поводу того, как заполнять эту анкету, задайте их тому, кто выдал вам эту анкету.

**Помните.** Ваша фамилия не указывается в этой анкете; таким образом, у вас не должно возникнуть опасений по поводу возможного разглашения ваших ценностей. Поэтому вы можете описывать свои ценности, не опасаясь, что эта анкета не окажется в руках людей, способных злоупотреблять приведенной в ней информацией.

Эта анкета разработана Дж. Т. Блэкледжем и Джозефом Чароки; адаптирована из анкеты *Personal Strivings Measure*, разработанной Кенноном Шелдоном и его коллегами. Воспроизводится с разрешения правообладателей.

# Личная ценность №1: семейные отношения

**Инструкции.** Опишите тип отношений (брат/сестра, сын/дочь, и/или родитель/ребенок), которые вам хотелось бы выработать больше всего. Если, например, вам хочется выработать более тесные и хорошие отношения с членами своей семьи, то вам следовало бы указать такие ценности, как “выстраивание добросердечных, тактичных и лояльных отношений взаимной поддержки с моими братьями/сестрами” или “выстраивание открытых, искренних и заботливых отношений с моими детьми”. Мы привели здесь лишь несколько примеров семейных отношений как ваших возможных ценностей, но именно *вам* предстоит выбрать такие ценности семейных отношений, которые важны именно для *вас*.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории “Семейные отношения”.

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 —Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №2: дружеские/социальные отношения

**Инструкции.** Какие виды дружеских отношений вам больше всего хотелось бы выработать? Если бы вы были способны на самую верную дружбу, то как вы вели бы себя по отношению к своим друзьям? Например, вы можете ценить налаживание дружеских отношений, характерными чертами которых являются взаимоподдержка, взаимоуважение, забота друг о друге, принятие другого таким, какой он есть, лояльность и искренность, — но *выберите сами*, какие качества *именно вы* хотели бы привнести в отношения с вашими друзьями.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Дружеские/социальные отношения".

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. | В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. | Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. | Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. | Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №3: любовные отношения

**Инструкции.** Какой вид любовных отношений вам больше всего хотелось бы выработать? Например, вы можете ценить налаживание любовных отношений, характерными чертами которых являются забота друг о друге, взаимоподдержка, открытость, честность, искренность, доброта, — но *вы сами* должны решить, какие качества *вы* больше всего хотели бы привнести в такие отношения.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Любовные отношения".

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №4: работа/карьера

**Инструкции.** Какого рода работой вам хотелось бы заниматься в идеальном мире? Какого рода работником вам хотелось бы быть по отношению к своей работе, своему работодателю и своим сотрудникам? Кто-то ценит работу, которая позволяет им максимально раскрыть свои уникальные способности, работу, которая позволяет им самовыразиться, или работу, которая "делает лучше" жизнь других людей. Что бы ни ценили в работе другие, какого рода работа представляет наибольшую ценность именно для *вас* и какого рода работником больше всего хотели бы быть именно *вы*?

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Работа/карьера".

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

*Окончание табл.*

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №5: Образование и учеба/личный рост и развитие

**Инструкции.** Какого рода учащимся вы были бы в идеальном мире? Что вы, как личность, цените в учебе? Какие ценные для вас качества вы могли бы обрести, оказавшись в роли учащегося (в школе или любых других местах, где вы могли бы научиться чему-то очень важному для себя)? Кто-то ценит учебу за возможность столкнуться с новыми для себя вызовами, ознакомиться с разными точками зрения на важные для себя вещи, ознакомиться с лучшими или более эффективными способами решения каких-то научных, инженерных или гуманитарных задач, или ознакомиться с более эффективными способами личного развития. Кто-то высоко ценит такие качества, как открытость и восприимчивость к новым идеям и точкам зрения, или способность серьезно и всесторонне анализировать какие-то важные проблемы. Что бы ни ценили в учебе другие люди, вы должны указать здесь то, что именно *вы* по-настоящему цените в учебе, и/или качества, которые *вы* высоко цените в человеке, получающем новые знания.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Образование и учеба/личный рост и развитие".

___

___

___

___

___

___

___

___

___

___

___

___

___

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №6: отдых/развлечения/спорт

**Инструкции.** Запишите здесь тот способ проведения досуга, который кажется вам самым предпочтительным для себя, включая хобби, спорт и развлечения. Укажите, насколько важно для *вас* посвящать свое свободное время такому способу проведения досуга.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Отдых/развлечения/спорт".

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

*Окончание табл.*

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №7: духовное развитие/религия

**Инструкции.** Важно понимать, что в этом разделе мы вовсе не обязательно имеем в виду ваше участие в некой организованной религиозной жизни. Когда мы говорим о "духовности", мы имеем в виду то, что это понятие означает для вас. Под "духовностью" вы можете подразумевать единение с природой или окружающим вас миром, медитацию или молитвы, или просто формальное участие в какой-либо организованной религиозной группе. Хорошо все то, что является "духовностью" для вас самог*о*. Кратко опишите здесь самые важные для вас духовные/религиозные убеждения, а также ценный для вас тип личности, придерживающейся таких убеждений (под таким типом личности вы можете подразумевать, например, "любящего и заботливого человека", "человека, стремящегося пребывать в постоянной связи с людьми и окружающим миром", "человека, регулярно уделяющего время молитвам, посещению церкви, и т.п." или "человека, поступающего согласно своим духовным/религиозным убеждениям". Какими бы ни были убеждения других людей, *вы* должны написать, какого рода духовной/религиозной личностью хотелось бы больше всего быть *вам*.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Духовное развитие/религия".

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

___________________________________________

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

# Личная ценность №8: участие в общественной жизни

**Инструкции.** Напишите, какого рода личностью вам хотелось бы быть по отношению к своей местной общине и стране в целом. Например, кому-то кажется важным оказывать волонтерскую помощь бездомным или престарелым людям; лоббировать общественные интересы перед представителями власти на общегосударственном, региональном или местном уровне; участвовать в движении защитников окружающей среды или в каком-либо другом важном общественном движении. Кому-то нравится привлекать других людей к более активному участию в общественной жизни местных общин и страны в целом, а кто-то предпочитает оказывать посильную помощь другим членам своей местной общины или гражданам своей страны. Какими бы ни были предпочтения других людей, *вы* должны написать, какого рода общественная деятельность увлекает больше всего именно *вас*.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории “Участие в общественной жизни”.

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

*Окончание табл.*

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов. | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью. | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

## Личная ценность №9: здоровье/ физическое благополучие

**Инструкции.** Укажите здесь свои ценности, связанные с поддержанием вашего физического благополучия. Напишите кратко о направлении, которого лично *вы* хотите придерживаться и которое касается вопросов, связанных с вашим собственным здоровьем, таких как сон, рацион питания, занятия физическими упражнениями, курение, и т.п.

Впишите в эти пустые строки ваши собственные ценности, относящиеся к категории "Здоровье/физическое благополучие".

Ответьте на перечисленные ниже вопросы, обведя кружком цифру (в правом столбце), которая соответствует вашему случаю.

| | |
|---|---|
| 1. Я ценю это, потому что кто-то другой хочет этого, или полагает, что я должен ценить это, или потому что кому-то другому понравится, если я буду ценить это. Я, наверное, не сказал бы, что ценю это, если бы не рассчитывал на одобрение со стороны других. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 2. Я ценю это, потому что мне было бы стыдно, я почувствовал бы себя виноватым или у меня возникла бы тревога, если бы я не ценил это. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 3. Я ценю это, потому что считаю это важным для себя, безотносительно того, *что* об этом думают другие. Несмотря на то что эту ценность, возможно, мне привили другие люди, сейчас это является по-настоящему моей ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 4. Я ценю это, потому что, поступая так, я улучшаю свою жизнь, делаю ее более осмысленной и/или полноценной. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |

| | |
|---|---|
| 5. Я ценю это, потому что испытываю радость и удовольствие, когда действую в соответствии с этой ценностью. | 1 — Вовсе не поэтому<br>2 — Главным образом не поэтому<br>3 — Не уверен<br>4 — Главным образом поэтому<br>5 — Только поэтому |
| 6. В прошлом месяце я преуспел в способности жить согласно этой ценности (т.е. действовать в соответствии с этой ценностью) на столько процентов: | 1 — Удалось на 0–20%<br>2 — Удалось на 21–40%<br>3 — Удалось на 41–60%<br>4 — Удалось на 61–80%<br>5 — Удалось на 81–100% |
| 7. Степень моей способности жить и действовать в соответствии с этой ценностью: | 1 — Совершенно не способен<br>2 — Способен в небольшой степени<br>3 — Способен в умеренной степени<br>4 — В основном способен<br>5 — Живу в полном соответствии с этой ценностью |
| 8. Насколько важна для вас эта ценность? | 1 — Вообще не важна<br>2 — Важна в небольшой степени<br>3 — Важна в умеренной степени<br>4 — В основном важна<br>5 — Исключительно важна |
| 9. Хотели бы вы добиться большего прогресса в том, что касается вашей способности жить согласно этой ценности? | 1 — Не имею никакого желания<br>2 — Есть небольшое желание<br>3 — Есть умеренное желание<br>4 — Есть сильное желание<br>5 — Есть очень сильное желание |

# ПРИЛОЖЕНИЕ Е

# Анкета оценки жизненных ценностей (VLQ)

Ниже перечислены сферы жизни, являющиеся для некоторых людей значительной ценностью. Нас интересует ваше качество жизни в каждой из этих сфер. Одним из аспектов качества жизни является важность, придаваемая человеком тем или иным сферам жизни. Оцените важность каждой из перечисленных сфер жизни (обведя кружком соответствующее число) по шкале от 1 до 10. Число "1" означает, что данная сфера жизни совершенно не важна для вас. Число "10" означает, что данная сфера жизни чрезвычайно важна для вас. Вряд ли для вас будут представлять ценность все эти сферы жизни, и вряд ли все эти сферы жизни будут одинаково ценны для вас. Оцените каждую из перечисленных сфер жизни согласно *вашему личному ощущению ее важности для вас.*

| **Сфера жизни** | Вообще не важна | | | | | | | | Чрезвычайно важна |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Семья (за исключением супружества или исполнения родительских обязанностей) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. Супружеские/любовные отношения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. Родительские отношения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. Друзья/общение с людьми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

*Окончание*

| **Сфера жизни** | Вообще не важна | | | | | | | | | Чрезвычайно важна |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Работа | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Образование/обучение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7. Отдых/развлечения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8. Духовная жизнь | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9. Участие в жизни местной общины и страны в целом | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10. Забота о собственном здоровье (рацион питания, физические упражнения, сон) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |



Мы хотели бы, чтобы в этом разделе вы оценили, в какой мере ваши поступки соответствуют каждой из ваших ценностей. Мы не спрашиваем о вашем идеале в каждой сфере жизни. Мы не спрашиваем также о том, что другие думают о вас. Каждому из нас что-то удается лучше в одних сферах, чем в других. В одной и той же сфере человеку иногда что-то удается лучше, чем в другие моменты. *Мы хотим знать, в какой мере, по вашему мнению, вам удавалось действовать в соответствии со своими ценностями на прошлой неделе.* Оцените каждую сферу жизни (обведя кружком соответствующее число) по шкале от 1 до 10. Число “1” означает, что ваши поступки совершенно не соответствовали вашей ценности. Число “10” означает, что ваши поступки полностью соответствовали вашей ценности.

**На прошлой неделе**

| Сфера жизни | Вообще не соответствовал своей ценности | | | | | | | | | Полностью соответствовал своей ценности |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Семья (за исключением супружества или исполнения родительских обязанностей) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. Супружеские/любовные отношения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. Родительские отношения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. Друзья/общение с людьми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5. Работа | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Образование/обучение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7. Отдых/развлечения | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8. Духовная жизнь | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9. Участие в жизни местной общины и страны в целом | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10. Забота о собственном здоровье (рацион питания, физические упражнения, сон) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

# ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

# Форма “Цели-действия”

Впишите в соответствующие столбцы представленной ниже формы цели домашних заданий и описания связанных с ними действий, необходимых для достижения этих целей. В столбце “Выполнено” укажите дату, когда была достигнута каждая цель. В столбце “Препятствия” укажите любые психологические препятствия, которые помешали вам выполнить соответствующее действие, или психологические препятствия, с которыми вы столкнулись при выполнении соответствующего действия и которые вам пришлось преодолеть, чтобы выполнить это действие.

| **Цель** | **Выполнено** | **Соответствующее действие** | **Препятствия** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3

# Дневник упражнений на майндфулнесс

Укажите в соответствующих полях представленной ниже таблицы конкретные действия, которые вы выполняли в качестве упражнений на майндфулнесс, а также даты и продолжительность выполнения этих действий. В последнем столбце таблицы укажите также любые реакции или свои комментарии по поводу этого упражнения.

| **День/дата** | **Упражнение** | **Продолжительность** | **Реакции/комментарии** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# ПРИЛОЖЕНИЕ И

# Упражнение "Осознанное дыхание"

В этом раздаточном материале указана последовательность шагов, которой нужно придерживаться при выполнении дыхательного упражнения, с которым вас ознакомил терапевт. Это упражнение рекомендуется выполнять не менее двух раз в день. Используйте дневник упражнений на майндфулнесс для фиксации моментов, когда вы выполняли это упражнение, и продолжительности его выполнения.

1. Подберите кресло, в котором вы могли бы удобно устроиться при выполнении этого упражнения. Желательно, чтобы это кресло находилось в достаточно тихом и безлюдном помещении, где никто не потревожит вас.
2. Держите спину прямо, не облокачиваясь на спинку кресла. Ступни ваших ног должны опираться на пол; ни в коем случае не кладите нога на ногу. Руки должны свободно покоиться у вас на коленях или на подлокотниках кресла.
3. Закройте глаза, и в течение примерно тридцати секунд сосредоточьтесь на тех частях своего тела, которые контактируют с креслом. Почувствуйте места, в которых ваши ноги и ягодицы опираются на кресло, места, в которых ваши ступни опираются на пол, и места, в которых ваши руки покоятся на коленях или подлокотниках кресла.
4. Когда будете готовы, переместите фокус вашего внимания на дыхание.
5. Постарайтесь заметить точный момент, когда воздух начнет поступать в ваши ноздри.
6. Проследите за тем, как вдыхаемый воздух проходит через ноздри и, продвигаясь по дыхательным путям, поступает в легкие.

7. Обратите внимание на то, как с каждым вдохом ваши грудь и живот плавно приподнимаются и слегка вжимаются.
8. Обратите внимание на момент, когда вдох достигает своего конца и начинается процесс выдоха.
9. Проследите за тем, как выдыхаемый воздух покидает ваши легкие и выходит через ноздри.
10. Попытайтесь сосредоточить внимание на моменте, когда выдыхаемый воздух покидает ноздри, и на том самом месте, где это происходит. Обратите внимание, что воздух, который покидает ваши легкие, чуть-чуть теплее воздуха, который входит в ноздри.
11. Обратите внимание на ощущения в ваших груди и животе, когда они плавно опускаются и слегка выпячиваются, по мере того как выдыхаемый воздух выходит из ваших ноздрей.
12. Продолжайте отслеживать каждый вдох и выдох, по мере того как воздух входит и выходит из ваших ноздрей.
13. Если в какой-то момент при выполнении этого упражнения ваше внимание рассеется, постарайтесь прежде всего заметить, что именно отвлекло ваше внимание. Затем мягко переключите внимание на свое дыхание. Сколько бы раз при выполнении этого упражнения вы ни отвлеклись на посторонние предметы, вы не можете "завалить" это упражнение. Каждый раз, когда ваше внимание отвлекается на посторонние предметы, у вас появляется очередная возможность отрабатывать мягкое перенаправление внимания на свое дыхание.
14. Затрачивайте на это упражнение не менее пяти минут каждый раз, когда будете практиковать его в первый день. Чтобы знать, в какой момент можно заканчивать это упражнение, можно воспользоваться каким-либо таймером, который будет подавать соответствующий звуковой сигнал. Увеличивайте продолжительность выполнения этого упражнения каждый день на две-три минуты, чтобы ко времени проведения вашей следующей сессии вы довели эту продолжительность по меньшей мере до пятнадцати минут дважды в день.

# ПРИЛОЖЕНИЕ Й

# Упражнение “Наблюдение за своими мыслями”

В этом раздаточном материале указана последовательность шагов, которой нужно придерживаться при практиковании упражнения по наблюдению за своими мыслями, с которым вас ознакомил терапевт. Это упражнение рекомендуется выполнять не менее двух раз в день. Используйте дневник упражнений на майндфулнесс для фиксации моментов, когда вы выполняли это упражнение, и продолжительности его выполнения.

Существует несколько вариаций этого упражнения в зависимости от способа “транспортировки” мыслей, за которыми вы наблюдаете. Например, мысли могут перемещаться перед вами в виде знамен в руках военнослужащих, марширующих на параде; в виде листьев, уносимых речным течением; или в виде облаков, плывущих по небу. Вы можете поэкспериментировать со всеми тремя вариациями. Правда, мы не рекомендуем в процессе выполнения упражнения произвольно переключаться с одной вариации на другую.

1. Подберите кресло, в котором вы могли бы удобно устроиться при выполнении этого упражнения. Желательно, чтобы это кресло находилось в достаточно тихом и безлюдном помещении, где никто не потревожит вас.

2. Держите спину прямо, не облокачиваясь на спинку кресла. Ступни ваших ног должны опираться на пол; ни в коем случае не кладите нога на ногу. Руки должны свободно покоиться у вас на коленях или на подлокотниках кресла.

3. Закройте глаза, и в течение примерно тридцати секунд сосредоточьтесь на тех частях своего тела, которые контактируют

с креслом. Почувствуйте места, в которых ваши ноги и ягодицы опираются на кресло, места, в которых ваши ступни опираются на пол, и места, в которых ваши руки покоятся на коленях или подлокотниках кресла.

4. Когда будете готовы, переместите фокус вашего внимания на дыхание. В течение примерно тридцати секунд следите за своим дыханием, как вы уже научились делать при выполнении упражнения "Осознанное дыхание".

5. Когда будете готовы, переключите внимание на выбранную вами версию данного упражнения. Вообразите, что вы находитесь на трибуне, мимо которой парадным шагом проходят военнослужащие со знаменами в руках; или сидите на берегу речушки; или лежите на спине и видите, как по небу проплывают облака. Зафиксируйте первую возникшую у вас мысль и представьте, что вы наблюдаете эту мысль в виде знамени в руках одного из военнослужащих, проходящих мимо трибуны; в виде листка, уносимого речным течением; или в виде облака, проплывающего по небу.

6. Сосредоточьте внимание на потоке мыслей, проходящих перед вами, одна за другой.

7. Обратите внимание на то, как одна проходящая перед вами мысль сразу же сменяется другой мыслью, после прохождения которой возникает еще одна мысль, и т.д.

8. Отслеживайте каждую очередную мысль до тех пор, пока на смену ей не явится следующая.

9. Если в процессе выполнения этого упражнения что-нибудь отвлечет вас, прежде всего постарайтесь заметить, что именно отвлекло ваше внимание. Затем мягко верните свое внимание к процессу дыхания. Затем переключите внимание на наблюдение за потоком мыслей, проплывающих перед вами. Помещайте любые отвлекающие вас мысли в череду других мыслей, возникающих у вас, и наблюдайте за тем, как они удаляются от вас в виде знамен в руках военнослужащих; в виде листков, уносимых речным течением; или в виде облаков, проплывающих по небу.

10. Сколько бы раз при выполнении этого упражнения вы ни отвлеклись на посторонние предметы, вы не можете “завалить” это упражнение. Каждый раз, когда ваше внимание отвлекается на посторонние предметы, у вас появляется очередная возможность отрабатывать мягкое перенаправление внимания на наблюдение за своими мыслями.
11. Затрачивайте на это упражнение не менее пяти минут каждый раз, когда будете практиковать его в первый день. Чтобы знать, в какой момент можно заканчивать это упражнение, можно воспользоваться каким-либо таймером, который будет подавать соответствующий звуковой сигнал. Увеличивайте продолжительность выполнения этого упражнения каждый день на две-три минуты, чтобы ко времени проведения вашей следующей сессии вы довели эту продолжительность по меньшей мере до пятнадцати минут дважды в день.

# ПРИЛОЖЕНИЕ К

# Что такое терапия принятия и ответственности

Как вам, наверное, известно, есть несколько разных психологических подходов, помогающих людям справляться с депрессией. К их числу относятся когнитивная терапия, межличностная терапия, а также разные типы поведенческой терапии. У вас спрашивают согласия на участие в относительно новом типе поведенческой терапии, призванном помочь людям, страдающим депрессией. Этот тип поведенческой терапии получил название терапии принятия и ответственности (Accaptance and Commitment Therapy — ACT).

К сожалению, еще не придумана такая терапия для лечения депрессии, которая была бы заведомо лучше всех остальных видов терапии и подходила бы в равной мере для всех лиц, страдающих депрессией. Таким образом, самой разумной стратегией для терапевтов является выбор какого-либо из подходов, применяемых для лечения депрессии и показавших хорошие результаты, и применение его к конкретному клиенту в течение времени, достаточного для того, чтобы понять, насколько этот подход эффективен в отношении данного клиента. Хотя нет никакой гарантии, что ACT поможет вам лучше других подходов справиться с депрессией, у нас также нет оснований полагать, что он не принесет вам никакой пользы. Результаты ряда исследований показали преимущество ACT по сравнению с когнитивной терапией при лечении депрессии, поэтому самым надежным способом определить, поможет ли вам ACT, является применение этого подхода к вам в течение достаточно продолжительного “испытательного срока”.

В частности, вам предлагается дать свое согласие на проведение двенадцати еженедельных сессий АСТ. Продолжительность каждой такой сессии составляет примерно один час. Это курс терапии может быть прекращен в любой момент по вашему требованию, если вы желаете воспользоваться какими-то другими подходами к лечению депрессии. Хотя к этому времени еще не выявлено каких-либо рисков, связанных именно с АСТ и не существующих при использовании других терапевтических подходов к лечению депрессии, мы обязательно внесем изменения в методы вашего лечения, если у вас возникнут какие-либо неблагоприятные реакции на АСТ. В конце этого курса терапии из двенадцати сессий (или даже еще раньше, если возникнет такая необходимость) мы оценим достигнутый вами прогресс и при необходимости обсудим другие варианты лечения, которые могли бы подойти вам.

Чтобы помочь вам решить, соглашаться ли на программу лечения с использованием АСТ, было бы полезно разъяснить вам некоторые особенности этой терапии. АСТ называется терапией принятия и ответственности, поскольку эта терапия делает особый акцент на роли, которую принятие и ответственность могут играть в выработке у вас новых способов совладания с трудностями, с которыми всем нам приходится сталкиваться в процессе борьбы с депрессией и всеми видами нежелательных эмоциональных переживаний. В частности, составляющая АСТ, которую мы называем принятием, помогает вам лучше уяснить разницу между аспектами вашей борьбы с депрессией, которые можно контролировать, и аспектами, которые, возможно, придется принять, поскольку их нельзя изменить. Смысл составляющей АСТ, которую мы называем ответственностью, заключается в том, чтобы помочь вам канализировать энергию, высвобождающуюся в результате принятия (первой составляющей АСТ), в изменения, которые помогают вам вести именно такую жизнь, которую вы сами хотели бы вести.

Хотя какое-то время в ходе наших сессий мы посвятим обсуждению указанных двух составляющих АСТ, гораздо важнее, чтобы вы научились применять эти составляющие в своей повседневной жизни. Поэтому во время наших сессий мы уделим внимание не только обсуждению АСТ, но и фактическому опробованию разных техник АСТ.

Чтобы предоставить вам еще больше возможностей в части практикования разных техник ACT, вам также будет предложено выполнить в промежутках между еженедельными сессиями соответствующие домашние задания.

Я, ваш терапевт, с удовольствием отвечу на любые ваши вопросы, касающиеся программы лечения и терапевтического подхода, на применение которого вам предстоит дать согласие. Я также уверяю вас, что в процессе нашей совместной работы вы можете задавать любые дополнительные вопросы, если таковые возникнут у вас. Это *ваша* терапия, а моя цель как вашего терапевта заключается в том, чтобы применяемая мною терапия стала на период лечения самым важным делом для вас.

Вы получите экземпляр этого материала, чтобы вы могли пользоваться им в нашей совместной работе. Один его экземпляр также будет прикреплен к форме вашего письменного согласия на применение данной программы терапии; на этой форме вы должны поставить свою подпись. Ваша подпись на форме согласия с прикрепленным к этой форме экземпляром данного материала будет служить документальным подтверждением того, что вы ознакомились с этим материалом и что мы обсудили любые вопросы, которые могли возникнуть у вас в связи с этим.

# ПРИЛОЖЕНИЕ Л

# Дневник регулирования настроения

Укажите в соответствующих полях формы дневника (показана ниже) действия или усилия, предпринятые вами с целью улучшения самочувствия и снижения уровня депрессии после нежелательных перемен в своем настроении или самочувствии. Укажите время, когда случился соответствующий инцидент, какие обстоятельства привели к перемене вашего настроения или эмоций, и что вы сделали в ответ на это.

| **День/дата** | **Инцидент/обстоятельства** | **Ваша реакция** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# Список литературы


1. Abrams, J. J., Lindelof, D., Cuse, C., Bender, J., Pinkner, J., & Burk, B. (исполнительные продюсеры). (2006). *Lost* (телесериал). New York: ABC.
2. Achenbach, T. M. (1990–1991). "Comorbidity" in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 1,* 271–278.
3. Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (1999). Why, why, why?: Reason-giving and rumination as predictors of response to activation- and insight-oriented treatment rationales. *Journal of Clinical Psychology, 55,* 881–894.
4. Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1417–1424.
5. Addis, M. E., Truax, P., & Jacobson, N. S. (1995). Why do people think they are depressed?: The reasons for depression questionnaire. *Psychotherapy, 32,* 476–483.
6. Akiskal, H. S., Benazzi, F., Berugi, G., & Rihmer, Z. (2005). Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *Journal of Affective Disorders, 85,* 245–258.
7. American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing.* Washington, DC: American Educational Research Association.
8. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
9. American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57,* 1060–1073.
10. Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J., & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34–38 years. *Journal of Affective Disorders, 68,* 167–181.
11. Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 574–585.

12. Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive-behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy, 28,* 187–210.

13. Arffa, S. (1983). Cognition and suicide: A methodological review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17,* 64–71.

14. Assagioli, R. (1965). *Psychosynthesis: A manual of principles and techniques.* New York: Hobbs, Dorman & Company.

15. Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1,* 91–97.

16. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 125–143.

17. Baer, R. A. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* Burlington, MA: Academic Press.

18. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by selfreport: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11,* 191–206.

19. Bancroft, J., Skrimshire, A., & Simkins, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry, 128,* 538–548.

20. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.

21. Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R., & Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a direct measure of implicit beliefs. *The Irish Psychologist, 32,* 169–177.

22. Barnes-Holmes, D., Healy, O., & Hayes, S. C. (2000). Relational frame theory and the relational evaluation procedure: Approaching language as derived relational responding. В книге J. C. Leslie & D. E. Blackman (Eds.), *Experimental and applied analyses of human behavior* (pp. 149–180). Reno, NV: Context Press.

23. Barnes-Holmes, D., O'Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., & Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. В книге S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp.103–117). New York: Plenum.

24. Batten S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: A case study. *Clinical Case Studies, 4,* 246–262.

**25.** Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97,* 90–113.

**26.** Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Harper & Row.

**27.** Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1,* 184–200.

**28.** Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

**29.** Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine, 52,* 81–85.

**30.** Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

**31.** Beck, A. T., & Kovacs, M. (1979). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 343–352.

**32.** Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association, 234,* 1146–1149.

**33.** Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.

**34.** Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

**35.** Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561–571.

**36.** Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). Measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 861–865.

**37.** Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford.

**38.** Beck, M. (2002, August). A new leash on life. *O: The Oprah Magazine, 3*(8), 57–58.

**39.** Beck, M. (2006, February). Martha Beck's guide to avoiding avoidance. *O: The Oprah Magazine, 7*(2), 73–74, 76.

**40.** Beckham, E. E., Leber, W. R., & Youll, L. K. (1995). The diagnostic classification of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 36–60). New York: Guilford.

**41.** Berglas, S. (1990). Self-handicapping: Etiological and diagnostic considerations. In R. L. Higgins, C. R. Snyder, & S. Berglas (Eds.), *Self-handicapping: The paradox that isn't* (pp. 151–186). New York: Plenum.

**42.** Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 5,* 47–57.

**43.** Blackledge, J. T., & Ciarrochi, J. (2005). *Initial validation of the Personal Values Questionnaire.* Unpublished manuscript, University of Wollongong, Wollongong, New South Wales, Australia.

**44.** Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22,* 561–576.

**45.** Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research, 29,* 501–510.

**46.** Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 371–377.

**47.** Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 585–599.

**48.** Brown, T. A., O'Leary, T. A., & Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 154–208). New York: Guilford.

**49.** Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York: Morrow.

**50.** Carlisle, J. C. (1938). Depressions which followed apparent success. *American Journal of Psychiatry, 95,* 729–732.

**51.** Carr, D. (2003). Effects of exemplar training in exclusion responding on auditory-visual discrimination tasks with children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36,* 507–524.

**52.** Caspi, O., & Burleson, K. O. (2005). Methodological challenges in meditation research. *Advances in Mind-Body Medicine, 21,* 4–11.

**53.** Catania, A. C., Matthews, B. A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 38,* 233–248.

**54.** Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51,* 3–16.

**55.** Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49,* 5–18.

**56.** Channon, S., & Baker, J. E. (1996). Depression and problem-solving performance on a fault-diagnosis task. *Applied Cognitive Psychology, 10,* 327–336.

**57.** Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

**58.** Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax.* Cambridge, MA: MIT Press.

**59.** Ciminero, A. R. (1986). Behavioral assessment: An overview. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (2nd ed., pp. 3–11). New York: Wiley-Interscience.

**60.** Ciminero, A. R., Calhoun, K. S., & Adams, H. E. (Eds.). (1977). *Handbook of behavioral assessment.* New York: Wiley-Interscience.

**61.** Cloud, J. (2006, February 13). Happiness isn't normal. *Time, 167*(7), 58–67.

**62.** Cone, J. D., & Hawkins, R. P. (Eds.). (1977). *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Brunner/Mazel.

**63.** Consensus Development Panel. (1985). NIMH/NIH consensus development conference statement: Mood disorders—pharmacologic prevention of recurrence. *American Journal of Psychiatry, 142,* 469–476.

**64.** Craske, M. C., & Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 1–59). New York: Guilford.

**65.** Cross-Drew, C. (2002). *Final report: Dual diagnosis demonstration projects.* Sacramento, CA: State of California, Departments of Mental Health and Alcohol and Drug Programs.

**66.** Cryan, J. F., & Holmes, A. (2005). The ascent of mouse: Advances in modelling human depression and anxiety. *Nature Reviews Drug Discovery, 4,* 775–790.

**67.** Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research, 24,* 699–711.

**68.** Delmonte, M. M., & Vincent, K. (1985). An overview of the therapeutic effects of meditation. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient, 28,* 189–202.

**69.** de Posada, J. (2003). *How to survive among the piranhas: Tips, techniques, strategies, and materials to win.* Bloomington, IN: AuthorHouse.

**70.** Devany, J. M., Hayes, S. C., & Nelson, R. O. (1986). Equivalence class formation in language-able and language-disabled children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 46,* 243–257.

**71.** Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71–75.

**72.** Dimdjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74,* 658–670.

**73.** Dougher, M. J., Hamilton, D., Fink, B., & Harrington, J. (in press). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior.*

**74.** Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2002). Predictive validity of an implicit association test for assessing anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology, 83,* 1441–1455.

**75.** Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and value-based behavior change strategies.* Oakland, CA: New Harbinger.

**76.** Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology, 29,* 390–400.

**77.** Farber, I. E. (1948). Response fixation under anxiety and non-anxiety conditions. *Journal of Experimental Psychology, 38,* 112–131.

**78.** Feldman, R. S. (1957). The role of primary drive reduction in fixations. *Psychological Review, 64,* 85–90.

**79.** Ferster, C. B. (1953). The use of the free operant in the analysis of behavior. *Psychological Bulletin, 50,* 263–274.

**80.** Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28,* 857–870.

**81.** Fiedler, K., & Bluemke, M. (2005). Aided and unaided response control on the implicit association tests. *Basic and Applied Social Psychology, 27,* 307–316.

**82.** Fling, S., Thomas, A., & Gallaher, M. (1981). Participant characteristics and the effects of two types of meditation vs. quiet sitting. *Journal of Clinical Psychology, 37,* 784–790.

**83.** Follette. W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the *DSM. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1120–1132.

**84.** Frankl, V. E. (1965). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy.* Boston: Beacon Press.

**85.** Franks, C. M. (Ed.). (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status.* New York: McGraw-Hill.

**86.** Garland, A., & Scott, J. (2005). Depression. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* (pp. 237–261). New York: Routledge.

**87.** Garst, M. L., & Zettle, R. D. (2006). *The relationship among reason-giving, experiential avoidance, and levels of depression.* Unpublished manuscript, Wichita State University, KS.

**88.** Gaynor, S. T., Lawrence, P. S., & Nelson-Gray, R. O. (2006). Measuring homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression: Review, preliminary findings, and implications for theory and practice. *Behavior Modification, 30.* 647–672.

**89.** Gird, S., & Zettle, R. D. (2007). *Differential response to a mood induction procedure as a function of level of experiential avoidance.* Unpublished manuscript, Wichita State University, KS.

**90.** Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 377–384.

**91.** Grant, D. A., & Berg, E. A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card sorting problem. *Journal of Experimental Psychology, 34,* 404–411.

**92.** Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74,* 1464–1480.

**93.** Haaga, D. A. F. (Ed.). (2004). Research on acceptance and commitment therapy [Special issue]. *Behavior Therapy, 35*(4).

**94.** Haggard, M. (1966). The bottle let me down. On *Swinging doors and the bottle let me down* [Record]. Los Angeles: Capitol.

**95.** Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23,* 56–61.

**96.** Hayes, S. C. (1978). Theory and technology in behavior analysis. *The Behavior Analyst, 1,* 25–33.

**97.** Hayes, S. C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 193–211.

**98.** Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). New York: Guilford.

**99.** Hayes, S. C. (1992). Verbal relations, time, and suicide. In S. C. Hayes & L. J. Hayes (Eds.), *Understanding verbal relations: The Second and Third International Institute on Verbal Relations* (pp. 109–118). Reno, NV: Context Press.

**100.** Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11–27). Reno, NV: Context Press.

**101.** Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35,* 639–665.

**102.** Hayes, S. C. (2005). An interview with Steven Hayes on *Get out of your mind and into your life.* Retrieved December 20, 2005, from New Harbinger Publications, Inc. website: `http://www.newharbinger.com/client/client_pages/prev_interviews/monthinterview_HAYES.cfm`.

**103.** Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post Skinnerian account of human language and cognition.* New York: Plenum.

**104.** Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1985, May). *Verbal behavior, equivalence classes, and rules: New definitions, data, and directions.* Invited address presented at the meeting of the Association for Behavior Analysis, Columbus, OH.

**105.** Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst, 9,* 175–190.

**106.** Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R., & Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 46,* 137–147.

**107.** Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 45,* 237–256.

**108.** Hayes, S. C., Follette, W. C., & Follette, V. (1995). Behavior therapy: A contextual approach. In A. S. German & B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 128–181). New York: Guilford.

**109.** Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 153–190). New York: Plenum.

**110.** Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy, 23,* 225–249.

**111.** Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's *World hypotheses. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 50,* 97–111.

**112.** Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., & Sarbin, T. R. (Eds.). (1993). *Varieties of scientific contextualism.* Reno, NV: Context Press.

**113.** Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1–25.

**114.** Hayes, S. C., Nelson, R. O., & Jarrett, R. B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist, 42,* 963–974.

**115.** Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life.* Oakland, CA: New Harbinger.

**116.** Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy.* New York: Springer.

**117.** Hayes, S. C., Strosahl. K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3–29). New York: Springer.

**118.** Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Luoma, J., Smith, A. A., & Wilson, K. G. (2004). ACT case formulation. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 59–73). New York: Springer.

**119.** Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford.

**120.** Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson. K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Tomarino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54,* 553–578.

**121.** Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17,* 289–303.

**122.** Hayes. S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1152–1168.

**123.** Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule following. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 191–220). New York: Plenum.

**124.** Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkkinen, M. E., Isometsa, E.T., Kuoppasalmi, K. I., et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry, 150,* 940–945.

**125.** Hersen, M., & Bellack, A. S. (Eds.). (1976). *Behavioral assessment: A practical handbook.* New York: Pergamon.

**126.** Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy,* 15, 21–40.

**127.** Higgins, R. L., & Berglas, S. (1990). The maintenance and treatment of self-handicapping: From risk-taking to face-saving—and back. In R. L. Higgins, C. R. Snyder, & S. Berglas (Eds.), *Self-handicapping: The paradox that isn't* (pp. 187–238). New York: Plenum.

**128.** Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (pp. 153–203). New York: Academic Press.

**129.** Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 383–395.

**130.** Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest, 3,* 39–77.

**131.** Holowka, D. W., Salters-Pedneault, K., & Roemer, L. (2005, November). *The role of experiential avoidance and rumination in depressive symptoms.* Poster session presented at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.

**132.** Hopkinson, J., & Neuringer, A. (2003). Modifying behavioral variability in moderately depressed students. *Behavior Modification, 27,* 251–264.

**133.** Horne, R. L., Evans, F. J., & Orne, M. T. (1982). Random number generation, psychopathology, and therapeutic change. *Archives of General Psychiatry, 39,* 680–683.

**134.** Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1,* 138–156.

**135.** Ivanoff, A., Jang, S. J., Smyth, N. J., & Linehan, M. M. (1994). Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Brief Reasons for Living Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16,* 1–13.

**136.** Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change.* New York: Norton.

**137.** Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 295–304.

**138.** Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8,* 255–270.

**139.** Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology, 7,* 382–390.

**140.** Joormann, J., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity of depression on the course of anxiety treatments. *Cognitive Therapy and Research, 29,* 569–591.

**141.** Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Delacorte Press.

**142.** Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* New York: Hyperion.

**143.** Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness.* New York: Hyperion.

**144.** Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8,* 163–190.

**145.** Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 149,* 936–943.

**146.** Kaelber, C. T., Moul, D. E., & Farmer, M. E. (1995). Epidemiology of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 3–35). New York: Guilford.

**147.** Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy.* New York: Wiley.

**148.** Kantor, J. T. (1959). *Interbehavioral psychology.* Chicago: Principia.

**149.** Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & L'Abate, L. (Eds.). (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy.* New York: Routledge.

**150.** Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin. R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association, 289,* 3095–3105.

**151.** Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 617–627.

**152.** Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry, 66,* 17–31.

**153.** Kim, D. Y. (2003). Voluntary controllability of the Implicit Association Test (IAT). *Social Psychological Quarterly, 66,* 83–96.

**154.** Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression.* New York: Basic Books.

**155.** Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to disengagement from incentives. *Psychological Review, 82,* 1–25.

**156.** Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388–443). New York: Guilford.

**157.** Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships.* New York: Plenum.

**158.** Kolligan, J., & Sternberg, R. J. (1991). Perceived fraudulence in young adults: Is there an "impostor syndrome"? *Journal of Personality Assessment, 56,* 308–326.

**159.** Kornblith, S. J., Rehm, L. P., O'Hara, M. W., & Lamparski, D. M. (1983). The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 6,* 499–528.

**160.** Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.

**161.** Lal, H. (1966). Conflict induced fixation of stereotyped lever pressing responses. *Psychonomic Science, 6,* 333–334.

**162.** Lapp, J. E., Marinier, R., & Pihl, R. O. (1982). Correlates of psychotropic drug use in women: Interpersonal problem solving and depression. *Women & Health, 7,* 5–16.

**163.** Leitch, D[onovan]. P. (1973). Saint Valentine's angel. On *Essence to essence* [Record]. New York: Epic.

**164.** Lewin, R., & Foley, R. A. (2004). *Principles of human evolution.* Malden, MA: Blackwell Science.

**165.** Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral and cognitive treatment of depression. In E. E. Becker & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 352–375). New York: Guilford.

**166.** Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Clarke, G. N. (1989). The coping with depression course: Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science, 21,* 470–493.

**167.** Lillis, J., & Luoma, J. B. (2005). *ACT initial case conceptualization form.* Unpublished manuscript, University of Nevada, Reno.

**168.** Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford.

**169.** Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford.

**170.** Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. S. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 276–286.

**171.** Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 166–177.

**172.** Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 339–349.

**173.** Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 176–190.

**174.** Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 77,* 1041–1060.

**175.** MacKinnon, D. P. (2003, November). *Mediator and moderator methods.* Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

**176.** Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification.* Cambridge, MA: Ballinger.

**177.** Maier, N. R. F. (1949). *Frustration.* New York: McGraw-Hill.

**178.** Malott, R. W., Whaley, D. L., & Malott, M. E. (1991). *Elementary principles of behavior* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

**179.** Maltsberger, J. T. (2003). Can a louse commit suicide? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 24,* 175–176.

**180.** Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberger, J. T., & Yufit, R. I. (1992). *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford.

**181.** Mark Twain quotes. (n.d.). Retrieved October 6, 2006, from http://www.brainyquote.com/quotes/quotes/m/marktwain128157.html

**182.** Marshall, P. (Продюсер/режиссер). (1992). *A league of their own* [Художественный фильм]. United States: Sony Pictures Entertainment.

**183.** Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). Finding the action in behavioral action: The search for empirically supported interventions and mechanisms of change. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 152–167). New York: Guilford.

**184.** Martin, D. J., Oren, Z., & Boone, K. (1991). Major depressives' and dysthymics' performance on the Wisconsin Card Sorting Task. *Journal of Clinical Psychology, 47,* 684–690.

**185.** Martin, G., & Pear, J. (2007). *Behavior modification: What it is and how to do it* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

**186.** Mathers, C. D., & Loncar, D. (2005, October). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: Data sources, methods and results.* Evidence and Information for Policy Working Paper. Geneva: World Health Organization.

**187.** McDaniel, E. A., & Zettle, R. D. (2006). *The relationship among spirituality, happiness, and experiential avoidance.* Unpublished manuscript, Wichita State University, KS.

**188.** McKenna, I. M., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2006). *Testing the fake-ability of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP): The first study.* Manuscript submitted for publication.

**189.** McKnight, D. L., Nelson-Gray, R. O., & Barnhill, J. (1992). Dexamethasone suppression test and response to cognitive therapy and antidepressant medication. *Behavior Therapy, 23,* 99–111.

**190.** McNeese, C. A., & DiNitto, D. M. (2005). *Chemical dependency: A systems approach.* New York: Pearson.

**191.** Meditation. (n.d.) In Wikipedia. Retrieved October 17, 2006, from `http://en.Wikipedia. org/wiki/Meditation`.

**192.** Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum.

**193.** Meichenbaum, D. H. (2005). 35 years of working with suicidal patients: Lessons learned. *Canadian Psychology, 46,* 64–72.

**194.** Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation–based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17,* 192–200.

**195.** Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford.

**196.** Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford.

**197.** Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology, 49,* 377–412.

**198.** Mitchell, J. G., Pyle, R. L., & Hatsukami, D. (1983). A comparative analysis of psychiatric problems listed by patients and physicians. *Hospital and Community Psychiatry, 34,* 848–849.

**199.** Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice.* New York: Guilford.

**200.** Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Eds.). (1996). *The global burden of disease and injury series, Vol. 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

**201.** Nakken, C. (1996). *The addictive personality: Understanding the addictive process and compulsive behavior.* Center City, MN: Hazelden Foundation.

**202.** Neese, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry, 57,* 14–20.

**203.** Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21,* 281–292.

**204.** Nelson-Gray, R. O. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment, 15,* 521–531.

**205.** Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression.* Stanford, CA: Stanford University Press.

**206.** Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109,* 504–511.

**207.** Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson. C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77,* 1061–1072.

**208.** Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 115–121.

**209.** Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67,* 92–104.

**210.** Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *Journal of the American Medical Association, 287,* 203–209.

**211.** Olfson, M., Marcus, S. C., Wan, G. J., & Geissler, E. C. (2004). National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 65,* 1166–1173.

**212.** Osborn, A. F. (1953). *Applied imagination.* New York: Scribners.

**213.** Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine, 25,* 1171–1180.

**214.** *PDR drug guide for mental health professionals* (1st ed.). (2002). Montvale, NJ: Thomson.

**215.** Penner, L. A., Shiffman, S., Paty, J. A., & Fritzsche, B. A. (1994). Individual differences in intraperson variability in mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 66,* 712– 721.

**216.** Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence.* Berkeley, CA: University of California Press.

**217.** Perez-De-Albeniz, A., & Holmes, J. (2000). Meditation: Concepts, effects and uses in therapy. *International Journal of Psychotherapy, 5,* 49–58.

**218.** Petersen, C. L. (2007). *Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: Comparison of acceptance and commitment therapy and treatment as usual.* Unpublished doctoral dissertation, Wichita State University, KS.

**219.** Pilgrim. D., & Bentall, R. (1999). The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health, 8,* 261–274.

**220.** Piper, W., Hauman, G., & Hauman, D. (1978). *The little engine that could.* New York: Grosset and Dunlap.

**221.** Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin, 102,* 122–138.

**222.** Reda, M. A., Carpiniello, B., Secchiaroli, L., & Blanco, S. (1985). Thinking, depression, and antidepressants: Modified and unmodified depressive beliefs during treatment with amitriptyline. *Cognitive Therapy and Research, 9,* 135–143.

**223.** Reese, H. W. (1968). *The perception of stimulus relations: Discrimination learning and transposition.* New York: Academic Press.

**224.** Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association, 264,* 2511–2518.

**225.** Reinecke, M. A. (2006). Problem solving: A conceptual approach to suicidality and psychotherapy. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 237–260). Washington, DC: American Psychological Association.

**226.** Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1673–1681.

**227.** Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 6,* 131–149.

**228.** Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research, 22,* 401–423.

**229.** Robinson, E. A. (1921). *Collected poems.* New York: Macmillan.

**230.** Robinson, M. D., Wilkowski, B. M., Kirkeby, B. S., & Meier, B. P. (2006). Stuck in a rut: Perseverative response tendencies and the neuroticism-distress relationship. *Journal of Experimental Psychology: General, 135,* 78–91.

**231.** Ronan, K. R., & Kazantzis, N. (2006). The use of between-session (homework) activities in psychotherapy: Conclusions from the Journal of Psychotherapy Integration special series. *Journal of Psychotherapy Integration, 16,* 254–259.

**232.** Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification, 27,* 300–312.

**233.** Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

**234.** Sanderson, W. C. (2003). Why empirically supported treatments are important. *Behavior Modification, 27,* 290–299.

**235.** Sanderson, W. C., & Wetzler, S. (1993). Observations on the cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Impact of benzodiazepines. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 30,* 125–132.

**236.** Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford.

**237.** Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco: W. H. Freeman.

**238.** Seligman, M. E. P. (1990). Why is there so much depression today?: The waxing of the individual and the waning of the commons. In R. E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 1–9). New York: Plenum.

**239.** Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61,* 775–788.

**240.** Shellenbarger, S. (2005). *The breaking point: How female midlife crisis is transforming today's women.* New York: Henry Holt & Company.

**241.** Shimoff, E., Catania, A. C., & Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 36,* 207–220.

**242.** Silberman, E. K., Weingartner, H., & Post, R. M. (1983). Thinking disorder in depression: Logic and strategy in an abstract reasoning task. *Archives of General Psychiatry, 40,* 775–780.

**243.** Simons, A. D., Garfield, S. L., & Murphy, G. E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy of depression: Changes in mood and cognition. *Archives of General Psychiatry, 41,* 45–51.

**244.** Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Sustained improvement over one year after cognitive and/or pharmacotherapy of depression. *Archives of General Psychiatry, 43,* 43–48.

**245.** Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* New York: The Free Press.

**246.** Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts.

**247.** Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis.* New York: Appleton-Century-Crofts.

**248.** Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism.* New York: Knopf.

**249.** Smith, J. M., Hughes, M. E., & Alloy, L. (2006, May). *Rumination increases risk of depression through experiential avoidance.* Poster session presented at the annual meeting of the Association for Psychological Science, New York.

**250.** Smith, M. T., Perlis, M. L., Park, A., Smith, M. S., Pennington, J., Giles, D. E., et al. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry, 159,* 5–11.

**251.** Snyder, C. R. (1990). Self-handicapping processes and sequelae: On the taking of a psychological dive. In R. L. Higgins, C. R. Snyder, & S. Berglas (Eds.), *Self-handicapping: The paradox that isn't* (pp. 107–150). New York: Plenum.

**252.** Steele, D. L., & Hayes, S. C. (1991). Stimulus equivalence and arbitrary applicable relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 56,* 519–555.

**253.** Steffens, M. C. (2004). Is the Implicit Association Test immune to faking? *Experimental Psychology, 51,* 165–179

**254.** Storr, A. (1988). *Churchill's black dog, Kafka's mice, and other phenomena of the human mind.* New York: Grove Press.

**255.** Strosahl, K. D. (2004). ACT with the multi-problem patient. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 209–245). New York: Springer.

**256.** Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31–58). New York: Springer.

**257.** Tanouye, E. (2001). Mental illness: A rising workplace cost. *The Wall Street Journal* (pp. B1, B6).

**258.** Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48,* 3–23.

**259.** Thase, M. E., & Callan. J. A. (2006). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 16,* 162–177.

**260.** Thoreau, H. D. (1995). Walden, or life in the woods. In W. Harding (Ed.), *Walden: An annotated edition.* New York: Houghton Mifflin. (Original work published 1854.)

**261.** Thwaites, R., Dagnan, D., Huey, D., & Addis, M. E. (2004). The reasons for depression questionnaire (RFD): UK standardization for clinical and non-clinical populations. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77,* 363–374.

**262.** Titchener, E. B. (1926). *A text-book of psychology.* New York: MacMillan.

**263.** Vahey, N. A., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2006). *The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a measure of self-esteem in prisoners and university students.* Manuscript submitted for publication.

**264.** Valentine, E. R., & Sweet, P. L. G. (1999). Meditation and attention: A comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion and Culture, 2,* 59–70.

**265.** Wagner, C. C., & Sanchez, F. P. (2002). The role of values in motivational interviewing. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., pp. 284–298). New York: Guilford.

**266.** Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29,* 96–107.

**267.** Ward, N. G., Bloom, V. L., & Friedel, R. O. (1979). The effectiveness of tricyclic antidepressants in chronic depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 40,* 83–89.

**268.** Wardle, J. (1990). Behaviour therapy and benzodiazepines: Allies or antagonists? *British Journal of Psychiatry, 156,* 163–168.

**269.** Waterhouse, G., & Strupp, H. (1984). The patient-therapist relationship: Research from the psychodynamic perspective. *Clinical Psychology Review, 4,* 77–92.

**270.** Watkins, E., & Brown, R. G. (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 72,* 400–402.

**271.** Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1577–1585.

**272.** Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 353–357.

**273.** Wegner, D. M. (1994). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control.* New York: Guilford.

**274.** Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62,* 615–640.

**275.** Weisner, C., Greenfield, T., & Room, R. (1995). Trends in the treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990. *American Journal of Public Health, 85,* 55–60.

**276.** Weissman, A., & Beck, A. T. (1978, November). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale.* Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.

**277.** Wenzlaff, R. M. (1993). The mental control of depression. Psychological obstacles to emotional well-being. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 238–257). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

**278.** Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research, 27,* 293–308.

**279.** Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Klein, S. B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 500–508.

**280.** Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 55,* 882–892.

**281.** Williams, D. C. (2006). Taking religion seriously. *Journal of Constructivist Psychology, 19,* 97–101.

**282.** Wilson, K. G. (2005, July). *Acceptance and commitment therapy pre-institute advanced workshop.* Presented at the meeting of the ACT Summer Institute, Philadelphia, PA.

**283.** Wilson, K. G. (2006, March 5). Escape avoid? Message posted to `http://acceptanceandcommitmenttherapy@yahoogroups.com`.

**284.** Wilson, K. G., & Byrd, M. R. (2004). ACT for substance abuse and dependence. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 153–184). New York: Springer.

**285.** Wilson, K. G., & Groom, J. (2002). *The Valued Living Questionnaire.* Unpublished manuscript, University of Mississippi, Oxford.

**286.** Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211–237). New York: Plenum.

**287.** Wilson, K. G., Khorakiwala, D., & Hayes, S. C. (1991, May). Change in acceptance and commitment therapy. In K. G. Wilson (Chair), *Radical behavioral psychotherapy process research.* Symposium presented at the meeting of the Association for Behavior Analysis, Atlanta, GA.

**288.** Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Folette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120–151). New York: Guilford.

**289.** Wilson, K. G., & Taylor, N. (1991, November). Why the "acceptance" in acceptance and commitment therapy (ACT)? In S. C. Hayes (Chair), *Acceptance as change: Acceptance as a strategy of clinical intervention.* Symposium presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

**290.** Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press.

**291.** Wulfert, E. (1994). Acceptance in the treatment of alcoholism: A comparison of Alcoholics Anonymous and social learning theory. In S. C Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 203–217). Reno, NV: Context Press.

**292.** Yates, A. J. (1970). *Behavior therapy.* New York: Wiley.

**293.** Yoda quotes. (n.d.). Retrieved October 6, 2006, from `http://en.thinkexist.com/quotes/yoda/`

**294.** Yuille, J. C., & Sereda, L. (1980). Positive effects of meditation: A limited generalization? *Journal of Applied Psychology, 65,* 333–340.

**295.** Zettle, R. D. (1990). Rule-governed behavior: A radical behavioral answer to the cognitive challenge. *The Psychological Record, 40,* 41–49.

**296.** Zettle, R. D. (1994). On the use of acceptable language. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 46–50). Reno, NV: Context Press.

**297.** Zettle, R. D. (2004). ACT with affective disorders. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 77–102). New York: Springer.

**298.** Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 1,* 77–89.

**299.** Zettle, R. D. (2006, July). *The history of ACT/RFT: Observations from an eye-witness.* Paper presented at the Second World Conference on ACT, RFT, and Contextual Behavioural Science, London.

**300.** Zettle, R. D., Haflich, J. L., & Reynolds, R. A. (1992). Responsivity to cognitive therapy as a function of treatment format and client personality dimensions. *Journal of Clinical Psychology, 48,* 787–797.

**301.** Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 73–118). New York: Academic Press.

**302.** Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1983). Effect of social context on the impact of coping self-statements. *Psychological Reports, 52,* 391–401.

**303.** Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4,* 30–38.

**304.** Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports, 64,* 939–953.

**305.** Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. In F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 35–54). Chichester, England: Wiley.

**306.** Zettle, R. D., & Herring, E. L. (1995). Treatment utility of the sociotropy/autonomy distinction: Implications for cognitive therapy. *Journal of Clinical Psychology, 51,* 280–289.

**307.** Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., et al. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record, 55,* 511–524.

**308.** Zettle, R. D., Petersen, C. L., Hocker, T. R., & Provines, J. L. ( 2007). Responding to a challenging perceptual-motor task as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record, 57,* 49–62.

**309.** Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 45,* 438–445.

У книзі описано порівняно новий спосіб лікування депресії — терапія прийняття й відповідальності (ACT). Програма, яка описана в книзі та підтверджується результатами численних досліджень, знайомить читача з моделлю ACT як на теоретичному, так і на практичному рівнях. Книга, яка написана одним з перших дослідників ефективності ACT при лікуванні депресії, стане цінним ресурсом для роботи з клієнтами, що страждають депресією.

---

*Науково-популярне видання*

**Зеттл**, Роберт

**Терапія прийняття й відповідальності для лікування депресії**
**Керівництво психотерапевта**

(Рос. мовою)

Зав. редакцією *С.М. Тригуб*

Із загальних питань звертайтеся до видавництва "Діалектика" за адресою:
info@dialektika.com, http://www.dialektika.com

Підписано до друку 23.09.2021. Формат 60x90/16
Ум. друк. арк. 33,0. Обл.-вид. арк. 25,6
Зам. № 21-2928

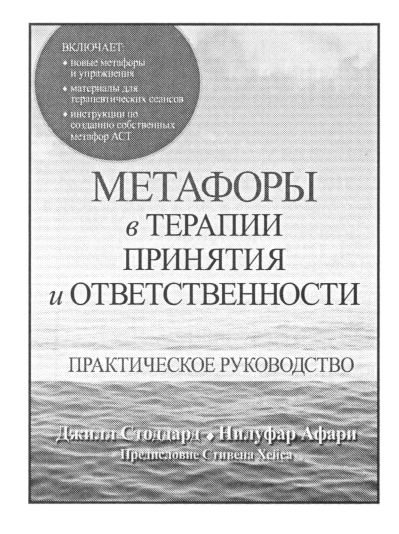
Видавець ТОВ "Комп'ютерне видавництво "Діалектика"
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

Надруковано ТОВ "АЛЬФА ГРАФІК "
03067, м. Київ, вул. Машинобудівна, 42
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6838 від 09.07.2019.

# МЕТАФОРЫ В ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ

## ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

***Джилл Стоддард***
***Нилуфар Афари***




**www.dialektika.com**

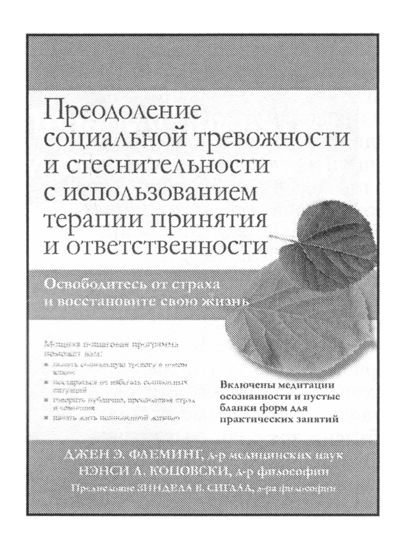
Если вы практикуете терапию принятия и ответственности (АСТ), то знаете, как важны метафоры и упражнения на терапевтических сеансах. Метафоры помогают клиентам лучше понять свои ценности и преодолеть внутренние препятствия, чтобы осознанно и решительно встать на путь изменения. Авторы книги детально описывают шесть ключевых процессов АСТ, а также предлагают множество новых метафор и экспириентальных упражнений, которые помогут раскрыться, научиться пребывать в настоящем моменте и начать действовать. Также читатели найдут здесь материалы, специально разработанные для разных типов клиентов, и упражнения, нацеленные на преодоление специфических проблем, которые часто возникают в ходе сеансов. Книга будет полезной при работе с клиентами, страдающими от самых разных проблем, включая тревожность, депрессию и психологические травмы.

**ISBN 978-5-907365-02-5** **в продаже**

**ISBN 978-5-907365-83-4**

# ПРЕОДОЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И СТЕСНИТЕЛЬНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ

*Джен Э.Флеминг*
*Нэнси Л.Коцовски*




**www.dialektika.com**

В данной книге впервые стала доступной общественности программа терапии принятия и ответственности (ТПО) для преодоления стеснительности. Эта программа оказалась высокоэффективной в исследованиях по лечению социального тревожного расстройства и связанных с ним субклинических уровней стеснительности.
В первой части книги вы узнаете о разных фундаментальных симптомах социальной тревожности. Вторая часть поможет развить психологическую гибкость (что улучшит вашу способность принимать чувства, мысли и поведение), которая может появиться, когда вы научитесь преодолевать тревогу. Сохраняя ценности в центре внимания, вы постепенно научитесь выходить за пределы своих страхов и двигаться к большей социальной уверенности.

**ISBN 978-5-907365-78-0** **в продаже**

# Новые направления в лечении депрессии!

Результаты исследований в области психологии показывают, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), применяемая самостоятельно или в сочетании с лекарствами (антидепрессантами), относится к числу наиболее эффективных методов лечения депрессии. Но факторный анализ указывает на то, что некоторые составляющие традиционной КПТ могут быть в большей степени, чем другие, ответственны за позитивный исход лечения в случае, когда такая терапия используется для лечения депрессии. В частности, работа по дистанцированию и децентрированию, которая помогает клиентам отказаться от идентификации себя с депрессией, и активизация поведения — техника, которая помогает клиентам вернуться к занятиям, приносящим им удовольствие и чувство удовлетворенности — обеспечивают замечательные результаты при лечении депрессии. Эти две составляющие традиционной КПТ играют главную роль при использовании нового метода лечения, который получил название терапии принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy — ACT).

Техники ACT описываются в этой книге в форме посессионного (сессия за сессией) подхода, которым можно воспользоваться для лечения клиентов, страдающих депрессией. Программа, описанная в книге и подтверждаемая результатами многочисленных исследований, знакомит читателя с моделью ACT как на теоретическом, так и на кейс-концептуальном уровнях. Автор книги углубляется в специфику структурирования интервенций для клиентов, страдающих депрессией, используя ACT-метод принятия и изменения поведения на основе ценностей клиента. Эта книга, написанная одним из первых исследователей эффективности ACT при лечении депрессии, станет ценным ресурсом работы с клиентами, страдающими депрессией.

**РОБЕРТ Д. ЗЕТТЛ** — доцент кафедры психологии Государственного университета Уичито.

"... фантастически полезный ресурс для клиницистов, работающих в данной области".

**КИРК ШТРОСАЛЬ**, д-р философии, соавтор книг *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change* и *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*

"... это ценный вклад в научную литературу по психологическому лечению депрессии".

**МАРК УИЛЬЯМС**, профессор клинической психологии и приглашенный главный научный сотрудник кафедр психиатрии и экспериментальной психологии Оксфордского университета

**Категория:** психология/психотерапия

ISBN 978-617-7987-34-4

**Комп'ютерне видавництво "ДІАЛЕКТИКА"**
**www.dialektika.com**